

FILOZOFICKÁ FAKULTA UNIVERZITY KARLOVY

DIPLOMOVÁ PRÁCE



Mgr. Tereza Marčíková

Kognitivní deficit u depresivních pacientů v remisi

Cognitive deficiency of depressive patients in remission

Studijní obor: jednooborová psychologie

Vedoucí diplomové práce: Doc. Jiří Šípek
Konzultant: Marek Preiss, Ph.D.

2007

"Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a že jsem uvedla všechny použité prameny a literaturu."

V Praze dne

Tereza Marčíková

Poděkování

Děkuji Marku Preissovi, Ph.D. za čas věnovaný mé práci a za cenné rady a podněty, Janu Hellerovi za pomoc s formální úpravou práce, Mgr. Richardu Polífkovi a Ing. Karolině Borské za pomoc při analýze materiálu, a Mgr. Janě Matějkové za pomoc s citacemi a poskytnutí materiálu Americké psychologické asociace. Dále děkuji všem respondentům, kteří se velmi ochotně zúčastnili našeho výzkumu.

Souhrn

Cílem této práce bylo hlouběji porozumět způsobu fungování kognice u jedinců s unipolární depresivní poruchou v remisi. Nejprve jsme uvedli některé výzkumy týkající se kognitivních funkcí u depresivních jedinců v různé fázi jejich onemocnění, tato část nám posléze sloužila jako teoretické zázemí k vlastnímu zkoumání. S využitím kvalitativní metodiky jsme se pokusili zmapovat oblast kognice u několika respondentů s unipolární depresivní poruchou v anamnéze.

Náš výzkum sestával z hloubkového polostrukturovaného rozhovoru celkem s šesti respondenty, z nichž pět naplnilo kritéria pro zařazení do vzorku - jednalo se o pacienty Psychiatrického centra Praha, s unipolární depresivní poruchou dle MKN-10 v anamnéze, kteří v době rozhovoru nebyli hospitalizováni a nacházeli se v remisi (tj. skóre MADRS byl u nich menší než 12). Vytvořili jsme návod k rozhovoru, který se skládal z 9 klíčových okruhů týkajících se hlavních oblastí kognitivních funkcí. Zajímalo nás, jak respondenti vnímají úroveň svých kognitivních funkcí v porovnání s obdobím před nástupem deprese. Dále jsme administrovali hodnotící škálu pro posouzení aktuální nálady MADRS. Rozhovory v trvání mezi půl hodinou a hodinou jsme nahrávali na datové médium a poté převedli do psané podoby.

Na základě analýzy transkribovaného textu jsme vytvořili pět kategorií: Dlouhodobá vs. krátkodobá paměť, Práce a kognitivní funkce, Rozhodování v zásadních věcech vs. v drobnostech, Aktuální stav pozornosti a Vliv jiných faktorů na kognitivní funkce. Zjistili jsme, že pacienti aktuálně vnímají jako zhoršenou určitou složku paměti, kterou nejčastěji označují jako krátkodobou. Naopak tzv. dlouhodobá paměť se zdá být v pořádku. Z hlediska rozhodování se jim nyní lépe než v období před depresí rozhodují důležité věci, naopak v maličkostech jsou více nerozhodní. Respondenti také pociťují určitý deficit v pozornosti, nejčastěji v její kvantitativní složce - tj. dokáží se soustředit na méně věcí naráz nebo kratší dobu. Někteří popisují kvalitativní poruchy pozornosti, kam zahrnujeme potíže v soustředění při méně zábavných činnostech. Respondenti zmiňují v souvislosti s kognicí pracovní činnost, neboť především zde mají možnost kognitivní funkce trénovat. S ukončením pracovní činnosti se kognitivní funkce rychleji zhoršují. Pacienti se shodují, že na jejich kognitivní funkce deprese neměla vliv, vinu naopak přičítají stárnutí a dalším faktorům.

Abstract

The aim of this study is deeper understanding of cognition in people with unipolar depressive disorder in remission. First, we introduce relevant research on the cognitive functions of depressive patients in various periods of their illness and we employ this part as a theoretic background of our study. Using qualitative methodology we try to map the cognition in several patients suffering from the unipolar depressive disorder.

Our research consist of in-depth semi-structured interview from six informants, from which five had passed the criteria for enlistment in the sample – informants are patients of Psychiatrické centrum Praha (PCP), suffering from the unipolar depressive disorder according to MKN-10, which in the time of the interviews were not hospitalized and were in remission (scored less then 12 on the MADRS scale). We created an outline of an interview consisting of 9 key areas concerning the main cognitive functions. We were interested in the self-perception of the level of the cognitive functions in comparison with the period before the onset of the depression. Futher, subjects were administered the MADRS scale. The informants were interview from half an hour to an hour, the interview were recorded and later transcribed into written form.

Five categories were devided based on the transcribition: Long-term and short-term memory, Work and cognitive functions, Decision making in important and unimportant things, Actual degree of attention and Influence of others factors on cognitive functions. We discovered that the informants notice certain components of memory as impaired, most commonly by themselves described as short-term. On the contrary, so called long-term memory appears to be unimpaired. They are better at making decisions on important issues, on the other hand, decision on every-day issues are harder to make. Informats feel a certain lack of attentiveness, mostly in the quantity component, i.e., they are able to concentrace for the less time on less issues. Some of them describe qualitative concentration disorders, having troubles concentrate on subjectively less entertaining issues. Informants allude the cognition in the connection with their jobs, which is the main area where to excercise their cognitive functions. The problems with their cognitive functions grow more significant with their retirement. The informants cohere that their cognitive functions were unaffected by the depression and that ageing and other factors are to be blamed.

Obsah

| | | |
|----------|---|-----------|
| I | Teoretická | 10 |
| 1 | Úvod | 11 |
| 2 | Deprese | 13 |
| 2.1 | Základní znaky deprese | 13 |
| 2.2 | Příčiny vzniku deprese | 15 |
| 2.2.1 | Genetické a biologické faktory | 15 |
| 2.2.2 | Psychosociální faktory | 16 |
| 2.3 | Průběh deprese | 16 |
| 2.4 | Klasifikace deprese podle DSM–IV a MKN–10 | 17 |
| 2.5 | Remise | 19 |
| 3 | Kognitivní funkce | 22 |
| 3.1 | Receptivní funkce | 22 |
| 3.2 | Paměť a učení | 23 |
| 3.3 | Myšlení | 24 |
| 3.4 | Expresivní funkce | 24 |
| 3.5 | Další mentální aktivity | 25 |
| 3.5.1 | Vědomí | 25 |
| 3.5.2 | Pozornost | 25 |
| 3.5.3 | Psychomotorické tempo | 26 |
| 3.6 | Exekutivní funkce | 26 |
| 4 | Kognitivní funkce u unipolární deprese | 27 |
| 4.1 | Kognitivní deficit u deprese | 27 |
| 4.1.1 | Paměť a učení u depresivních jedinců | 27 |
| 4.1.2 | Pozornost u depresivních jedinců | 28 |
| 4.1.3 | Exekutivní funkce u depresivních jedinců | 29 |
| 4.2 | Příčiny vzniku kognitivního deficitu | 29 |
| 4.3 | Vliv klinických faktorů na kognitivní deficit u deprese | 30 |
| 4.3.1 | Kognitivní deficit a stáří depresivních pacientů | 31 |

| | | |
|-----------|--|-----------|
| 4.3.2 | Kognitivní deficit ve vztahu k hloubce a subtypu depresivního onemocnění | 32 |
| 4.3.3 | Kognitivní deficit ve vztahu k medikaci | 32 |
| 4.3.4 | Kognitivní deficit a hospitalizace | 33 |
| 4.3.5 | Kognitivní deficit a motivace k výkonu | 34 |
| 4.3.6 | Kognitivní deficit a složky „state vs. trait related“ | 34 |
| 4.3.7 | Kognitivní deficit a kvalita života (QOL) | 34 |
| 5 | Kognitivní deficit v remisi | 36 |
| 5.1 | Kognitivní deficit jako „trait-related“ faktor | 36 |
| 5.2 | Kognitivní deficit jako „state-related“ faktor | 40 |
| 5.3 | Rehabilitace kognitivních funkcí u deprese v remisi | 42 |
| 6 | Kvalitativní výzkum u deprese | 44 |
| 6.1 | Kvalitativní výzkum kognitivního deficitu u deprese | 46 |
| II | Empirická | 48 |
| 7 | Metodologie výzkumu | 50 |
| 7.1 | Vymezení pojmů | 50 |
| 7.2 | Soubor | 50 |
| 7.2.1 | Údaje z psychiatrických vyšetření | 51 |
| 7.3 | Metoda | 54 |
| 7.3.1 | Koncepce výzkumu | 54 |
| 7.3.2 | Sběr dat | 55 |
| 7.4 | Analýza dat | 56 |
| 7.4.1 | Návod k analýze | 57 |
| 8 | Výsledky studie | 59 |
| 8.1 | Remise u respondentů - výsledky MADRS a sebesposuzovací škály | 59 |
| 8.2 | Profily jednotlivých respondentů a první dojmy | 59 |
| 8.3 | Kategorie | 68 |
| 8.3.1 | Paměť: Dlouhodobá versus krátkodobá | 70 |
| 8.3.1.1 | Aktuální stav dlouhodobé paměti | 71 |
| 8.3.1.2 | Aktuální stav krátkodobé paměti | 72 |
| 8.3.1.3 | Shrnutí kategorie paměť | 73 |
| 8.3.2 | Práce a kognitivní funkce | 74 |
| 8.3.2.1 | Popis pracovní činnosti | 74 |
| 8.3.2.2 | Bez práce se kognitivní funkce netrénují | 75 |
| 8.3.2.3 | Shrnutí kategorie práce | 76 |

| | | |
|------------|---|------------|
| 8.3.3 | Rozhodování: V zásadních věcech snazší, v drobnostech těžší . . . | 76 |
| 8.3.3.1 | Rozhodování v zásadních věcech je snazší | 76 |
| 8.3.3.2 | Rozhodování v drobnostech je těžší | 78 |
| 8.3.3.3 | Shrnutí kategorie rozhodování | 79 |
| 8.3.4 | Aktuální stav pozornosti | 79 |
| 8.3.4.1 | Kvantitativní poruchy pozornosti | 79 |
| 8.3.4.2 | Kvalitativní poruchy pozornosti | 80 |
| 8.3.4.3 | Shrnutí kategorie pozornost | 81 |
| 8.3.5 | Vliv jiných faktorů na kognitivní funkce | 81 |
| 8.3.5.1 | Vliv věku na kognitivní funkce | 81 |
| 8.3.5.2 | Vliv dalších faktorů na kognitivní funkce | 82 |
| 8.3.5.3 | Shrnutí kategorie faktorů ovlivňujících kognitivní funkce | 84 |
| 8.4 | Vyhodnocení škály | 84 |
| 8.5 | Shrnutí výsledků výzkumu | 85 |
| 8.6 | Zpětná vazba na výsledky výzkumu | 88 |
| 9 | Diskuze | 89 |
| 9.1 | Metodologie | 89 |
| 9.2 | Výsledky výzkumu | 91 |
| 9.3 | Možnosti aplikace v klinické praxi | 92 |
| 10 | Závěr | 94 |
| | Literatura | 95 |
| III | Přílohy | 101 |

Seznam tabulek

| | | |
|-----|--|----|
| 2.1 | Pravidla pro remisi u deprese podle Ballengera | 17 |
| 2.2 | Definice termínů vztahujících se k průběhu deprese podle Anderse | 20 |
| 5.1 | Přehled výzkumů potvrzujících přetrvávající kognitivní deficit v remisi | 39 |
| 5.2 | Přehled výzkumů nepotvrzujících přetrvávající kognitivní deficit u deprese v remisi | 40 |
| 7.1 | Výzkumný soubor | 51 |
| 7.2 | Data z PCP - paní Sára | 52 |
| 7.3 | Data z PCP - paní Eliška | 52 |
| 7.4 | Data z PCP - pan Milan | 53 |
| 7.5 | Data z PCP - paní Barbora | 54 |
| 7.6 | Data z PCP - paní Jitka | 54 |
| 8.1 | Výsledky škály MADRS a sebeposuzovací stupnice | 59 |
| 8.2 | Kategorie analyzanda A | 68 |
| 8.3 | Kategorie analyzanda B | 69 |
| 8.4 | Kategorie analyzanda C | 69 |
| 8.5 | Shodné kategorie | 70 |
| 8.6 | Výsledky škály (0-10) u daných kognitivních funkcí před, během a po depresi | 85 |

Část I

Teoretická

„Deprese je porucha duševního ústrojí, tak záhadně bolestivá a nepostižitelná ve způsobu, jakým se projevuje vlastnímu subjektu - tedy intelektu, který je prostředníkem -, že se blíží hranici, kde končí veškerá možnost popisu.“

William Styron: Viditelná temnota, s.10

Naše práce je založena na možnostech a také mezích popisu. Nejprve popisujeme teorie a výsledky odborných článků, poté metodologii vlastního výzkumu, dále jsme svědky popisu fungování kognitivních funkcí u depresivních jedinců v remisi a nakonec předkládáme popis tohoto popisu. Použijeme-li však slova Williama Styrona, stále narážíme na hranice, kde veškerá možnost popisu končí. Tyto hranice musíme mít na paměti, když si klademe výzkumné otázky, vynášíme závěry a tvoříme nové teorie.

K tématu své diplomové práce jsem se dostala spíše náhodou. V době, kdy jsem se nad jeho volbou zamýšlela, jsem absolvovala stáž v Psychiatrickém centru Praha a dostala nabídku zpracovat téma kognitivního deficitu u unipolární deprese v remisi kvalitativní cestou. Ačkoliv ze samotného tématu jsem byla zpočátku rozpačitá - představovala jsem si původně něco více „vznosného“, jako by snad kombinace deprese a kognice byla příliš obyčejná - možnost využít kvalitativní metodiku mne nakonec přesvědčila. S kvalitativním výzkumem jsem v té době již nějaké zkušenosti měla a zvláště metoda rozhovoru mi velmi vyhovovala. Nakonec jsem téma přijala jako příležitost naučit se něčemu novému a jako výzvu překonat předsudky, které obvykle bývají mylné.

Teoretická část je složena z pěti kapitol, v nichž jsou obsaženy některé poznatky, které jsou potřebné jako zázemí k samotnému výzkumu v empirické části. Kapitoly jsou řazeny za sebou od těch více obecných a základních ke specifickým. První dvě se zaměřují na depresi a kognitivní funkce. Následují kapitoly o kognitivním deficitu u unipolární depresivní poruchy a kognitivním deficitu u této poruchy v remisi. Konečně poslední teoretická kapitola shrnuje výstupy několika odborných článků, jenž při studiu deprese využívají kvalitativní metodiku.

V empirické části prezentujeme vlastní kvalitativní výzkum, jenž se soustředil na oblast kognitivních funkcí u jedinců s unipolární depresivní poruchou v anamnéze a aktuálně v remisi. Tato část je složena ze tří kapitol zahrnujících metodologii, výsledky studie a diskuzi.

„Ten podzim, kdy duševní porucha pozvolna ovládla celý můj organismus, jsem si vytvořil představu, že má mysl se podobá zastaralé telefonní ústředně na malém městě, postupně zaplavované přílivem, který se nedá zvládnout: normální obvody se jeden po druhém promáčely a působí teď ztrátu spojení mezi některými funkcemi těla a mezi téměř všemi funkcemi, které se řídí instinktem a intelektem.“

William Styron: Viditelná temnota, s. 37

2.1 Základní znaky deprese

Poruchy nálady jsou častým psychiatrickým onemocněním. Charakterizují je dva extrémy na afektivním spektru (viz tab.č.1). I zdravý člověk se v závislosti na životních událostech pohybuje v rámci tohoto spektra. Euforie například nastává v důsledku dobrých zpráv jako je povýšení v práci, smutek vlivem rozchodu s partnerem. Na rozdíl od normálních změn nálad jsou extrémy v podobě deprese a mánie doprovázeny závažnějšími symptomy a trvají déle [Chamberlain and Sahakian, 2004]. Pro přehled uvádíme obr. 2.1 na následující straně.

Deprese se vyznačuje smutkem, ztrátou zájmu o běžné aktivity a sníženou energií. Na světě trpí depresí asi 121 milionů lidí, je hlavní příčinou pracovní neschopnosti. Některé z těchto případů jsou natolik vážné, že skončí sebevraždou. Odhaduje se, že deprese spolu se schizofrenií jsou na pozadí 60% všech sebevražd. Méně než 25 % nemocných má přístup k efektivní léčbě deprese. [WHO, 2007]

Deprese se vyznačuje patickou náladou - smutkem nebo ztrátou zájmu o téměř všechny obvyklé činnosti a zábavy. Depresivní jedinec je často neschopný prožívat radost (anhedonie). Mezi další příznaky depresivního syndromu patří změna tělesné hmotnosti, psychomotorická agitovanost či útlum, ztráta energie, pocity bezcennosti a viny, obtížné soustředění a přemýšlení, myšlenky na smrt, sebevraždu či přímo sebevražedné pokusy. Nemocný často pociťuje tělesné obtíže jako jsou nespavost nebo naopak zvýšená unavitelnost, snížená nebo zvýšená chuť k jídlu, snížená sexuální apetence, bolesti, pálení, pocity tlaku, zimy, těžkých končetin, apod. [Raboch, 2001] Příznaky jsou provázeny pláčem (laskrmozitou), úzkostí (anxiétou), podrážděností (iritabilitou), strachem (fobií), zaměřením na tělesné potíže (hypochondrií), atp. [Höschl, 2004]

2.2 Příčiny vzniku deprese

„Nikdy se nedozvím, co mou depresi vyvolalo, stejně jako se to nedozví žádný jiný pacient. Vypadá to, že příčinu deprese se nepodaří odhalit nikdy, tak komplexně jsou propletené faktory abnormálních chemických reakcí, chování a genetiky.“

William Styron: Viditelná temnota, s. 31

Příčiny vzniku deprese mohou být různé – od genetických a biologických faktorů, po faktory psychosociální, jako jsou například nepříznivé životní podmínky [WHO, 2007]. Dříve se deprese dělila na čistě reaktivní a čistě biologickou, dnes se předpokládá smíšená etiopatogeneze. [Raboch, 2001]

2.2.1 Genetické a biologické faktory

Bylo zjištěno, že 25% příbuzných s bipolární afektivní poruchou a 20% příbuzných unipolární depresí trpí některou z forem afektivních poruch. [Raboch, 2001]

Ukázalo se, že v mozku depresivních jedinců je nedostatek jednoho nebo více biogenních aminů (noradrenalin, serotonin, dopamin). Rovněž řada somatických chorob s sebou přináší častější výskyt deprese.

Podle Koukolíka se „(. . .) za predisponující vlivy (afektivních poruch) považují genetické vlivy (afektivní poruchy v rodinné anamnéze), předcházející poškození čelních laloků nebo mezimozku, posttraumatická epilepsie.“ [Koukolík, 2002]¹

Vliv biologických faktorů na vznik deprese se zjišťuje výzkumem afektivních poruch vzniklých v důsledku ložiskových poškození mozku, například úrazových, nebo vlivem cévních mozkových příhod. „U pacientů s MDD (major depressive disorder), stížených melancholickým subtypem familiárního onemocnění s raným začátkem, se zjišťuje abnormální perfuze a metabolický obrat glukózy v amygdale, v přední ventrální cingulární kůře v okolí genu corpus callosum (subgenuální a pregenuální), v kůře zadní části g. cinguli, v orbitální kůře, ve ventrolaterální a dorzomediální/dorzální anterolaterální prefrontální kůře, v kůře přední části insuly, ve ventrálním striatu a v mediálním talamu. U pacientů s MDD se zjišťuje v případě melancholického subtypu MDD a familiární MDD abnormálně vysoký krevní průtok a abnormálně vysoký metabolický obrat v amygdale (. . .) Míra vzestupu těchto hodnot koreluje s hloubkou deprese.“ [Koukolík, 2002]² V průběhu léčby se některé z těchto změn vrací k normě, avšak návrat k remisi není úplný. Klasické symptomy deprese jako jsou apatie, anhedonie, ztráta zájmu, atd. jsou vykládány „(. . .) postižením mezo-limbického dopaminergního systému směřujícího z VTA (area tegmentalis ventralis Tsai)

¹s. 322

²s. 323

do ventrální prefrontální kůry, amygdaly a ventrálního striata.“ [Koukolík, 2002]³ Na základě nejnovějších výzkumů vyplývá, že aktivita funkčních systémů mozku při smutku odpovídá aktivitě při depresi. [Koukolík, 2002]

Beauregard et al (1998) se zabývali výzkumem vlivu deprese na aktivaci mozku při předkládaných podnětech s neutrálním a citovým nábojem. U depresivních jedinců byla zjištěna zvýšená aktivace v horní temporální kůře a forfixu a významně vyšší v levostranné mediální prefrontální kůře a v pravostranném cingulárním gyru. (Beauregard, 1998, in Kulišťák, 2003) Podle funkčních zobrazovacích studií je mediální prefrontální kůra místem konvergence limbických vstupů s vysoce zpracovanou informací. Tato oblast se zřejmě podílí na integraci kognice a emocí, funkcí narušených u velké deprese. [Kulišťák, 2003]

2.2.2 Psychosociální faktory

Pacienti s afektivní poruchou mají v anamnéze častěji než jiní lidé zvýšený výskyt stresových a všeobecně negativních životních událostí (například ztráta blízkého člověka, ztráta zaměstnání, závažné změny v sociálním statu). Riziko vzniku afektivních poruch zvyšují některé typy osobnosti nebo charakterové vlastnosti, například rigidita, obsedantnost, dominance nebo závislost. [Raboch, 2001]

Rizikovou skupinu tvoří rozvedení či osamělí jedinci s rodinnou anamnézou deprese. Vznik poruchy může vyvolat také neblahá životní událost, zneužívání látek, sociální izolace, chudý osobní život, ztráta matky před 11 rokem věku, změny v sociálních systémech, apod. U žen hrají nepříznivou roli nízká úroveň vzdělání, nestabilní matrimoniální anamnéza a poporodní stav, u mužů změny v mezilidských vztazích. (podle WPA/PTD Educational Program od Depressive Disorders, 1997 in Höschl et al, 2004)

Pravděpodobnost výskytu deprese zvyšují předchozí depresivní epizody.

2.3 Průběh deprese

Unipolární depresivní porucha se může objevit v kterékoliv fázi lidského života. Průběh velké (major) depresivní poruchy je většinou rekurentní s výjimkou ojedinělé epizody unipolární deprese. [Höschl, 2004] V případě periodické (rekurentní) depresivní poruchy se první epizoda objevuje průměrně v páté dekádě a v mnohých kulturách je dvakrát častější u žen než u mužů. [PCP, 1994]

Depresivní fáze se rozvíjí několik dní až týdnů, kdy můžeme u nemocného jedince pozorovat počínající příznaky jako je nespavost, úzkost, plachost, nerozhodnost, únava, nezájem. Trvá v průměru 4–6 měsíců (neléčená 6–12 měsíců). Poté se dosahuje často plné remise, která může trvat měsíce až roky. U skoro poloviny nemocných dochází časem k relapsu. [Höschl, 2004]

³s. 324

Remise bývá nejčastěji definována na základě dosažení určitých bodů na posuzovacích škálách deprese. Konkrétními odlišnostmi v definicích remise se budeme zabývat v samostatné části.

Léčba deprese bývá dělena na tři fáze: Akutní léčba - cílem je rozpuštění symptomů, pokračující léčba - 4 až 9 měsíců terapie s cílem zajištění celkové léčby příznaků dané epizody a prevence relapsu, dlouhodobá podpora - cílem je zabránit rozvoji nové epizody (neboli rekurenci). Přehled jednotlivých fází uvádíme v tab. 2.1 [Ballenger, 1999]

| Fáze | Cíl | Doba trvání | Skór na HAMD |
|---|---|-------------|-------------------------------------|
| Akutní | Redukce symptomů na nepatologickou úroveň | 6-8 týdnů | HAMD ≤ 7 |
| Pokračující | Dosažení remise a funkční zlepšení | 4-9 měsíců | HAMD ≤ 7 , Sheehan ≤ 1 |
| Udržovací | Udržení remise a snížení rekurence | 4-5 měsíců | HAMD ≤ 7 |
| HAMD=Hamilton Rating Scale for depression, Sheehan=Sheehan disability scale | | | |

Tabulka 2.1: Pravidla pro remisi u deprese podle Ballengera

2.4 Klasifikace deprese podle DSM-IV a MKN-10

Podle DSM-IV jsou depresivní poruchy řazeny pod poruchy nálady neboli afektivní poruchy. Depresivní poruchy se dále dělí na velkou depresivní poruchu (může být ojedinělá epizoda, nebo rekurentní), dystymní poruchu a blíže neurčenou depresivní poruchu. Vedle depresivních poruch spadají do kategorie poruch nálady též bipolární poruchy, poruchy nálady na podkladě určitého onemocnění a poruchy nálady při užívání látek, těm se však v této práci nebudeme dále věnovat.

Zkrácená kritéria pro velkou depresivní epizodu (podle Höschla) jsou uvedena takto: „Musí být splněno A–E:

- A. Nejméně 5 z následujících příznaků v témže alespoň dva týdny trvajícím období, které nelze přičíst obecně medicínskému stavu či náladě nepřiléhavým (inkongruentním) bludům či halucinacím:

1. *depresivní nálada*
2. *výrazná ztráta zájmů či potěšení v činnostech*
3. *významný úbytek či přírůstek váhy*

4. *insomnie či hypersomnie*
 5. *psychomotorická agitovanost či inhibice*
 6. *únava nebo ztráta energie*
 7. *pocity zbytečnosti, nadměrné pocity viny*
 8. *narušené myšlení, neschopnost soustředění*
 9. *myšlenky na smrt, sebevražedné myšlenky nebo pokusy*
- *B. Příznaky nesplňují kritéria pro smíšenou epizodu.*
 - *C. Příznaky působí distres a narušení v sociálních, pracovních a podobných činnostech.*
 - *D. Příznaky nejsou důsledkem působením látek (drog) nebo obecně medicínského stavu.*
 - *E. Příznaky nelze lépe přičíst zármutku; přetrvávají déle než 2 měsíce.*“ [Höschl, 2004]⁴

V MKN-10 nás v kategorii poruch nálady budou zajímat především depresivní fáze (F32) a periodická (rekurentní) depresivní porucha (F33).

Depresivní fáze (F32) je charakterizována následovně:

„U typických epizod všech tří forem, a to mírné (F32.0), středně těžké (F32.1) nebo těžké (F32.2 a F32.3) trpí jedinec skleslou náladou, snížením energie a aktivity. Je zhoršena schopnost radovat se, dochází k poklesu zájmů a ke zhoršení koncentrace. Obvyklá je značná unavitelnost i po nepatrné námaze. Jiné obvyklé příznaky jsou:

- a) *zhoršené soustředění a pozornost*
- b) *snížené sebevědomí a sebedůvěra*
- c) *pocity viny a bezcennosti (i při atace mírného typu)*
- d) *smutný a pesimistický pohled do budoucnosti*
- e) *myšlenky na sebepoškození a sebevraždu*
- f) *poruchy spánku*
- g) *snížená chuť k jídlu*“ [PCP, 1994]⁵

⁴s. 446

⁵s. 105

Mírná, středně těžká a těžká depresivní ataka se liší podle počtu příznaků a jejich intensity. Tyto kategorie se používají pouze v případě jediné depresivní ataky, další ataky se klasifikují jako periodická (rekurentní) depresivní porucha (F33). U všech tří stupňů se předpokládá trvání alespoň 2 týdnů. Toto období může být kratší v případě, že jsou příznaky neobvykle těžké a začátek rychlý. [PCP, 1994]

Periodická (rekurentní) depresivní porucha (F33) je charakterizována následovně:

„Porucha charakterizována opakovanými epizodami deprese (...) bez samostatných fází povznesené nálady a zvýšené aktivity, které splňují kritéria pro máni (F30.1 a F30.2) (...) Věk při začátku onemocnění a závažnost, trvání a frekvence fází deprese jsou velmi proměnlivé. Jednotlivé fáze jakékoliv tíže jsou často vyvolány stresovými životními událostmi (...) Riziko, že se u pacienta s periodickou depresivní poruchou vyskytne manická fáze, nikdy zcela nevymizí, i kdyby prodělal mnoho depresivních atak. Jestliže k tomu dojde, měla by se diagnóza změnit na bipolární afektivní poruchu.“ [PCP, 1994]⁶

Pro klasifikaci je rovněž důležité, aby jednotlivé depresivní fáze trvaly minimálně dva týdny a byly odděleny obdobím několika měsíců bez signifikantního narušení nálady. Periodická depresivní porucha se dále dělí podle intensity současné fáze (mírná, středně těžká, těžká bez psychotických příznaků, těžká s psychotickými příznaky a současně v remisi.) Jednotlivé kategorie se podobně jako u depresivní fáze liší na základě počtu příznaků a jejich intensity. [PCP, 1994]

2.5 Remise

Jedním z klíčových termínů této práce je remise. Dosažení plné remise je dnes považováno za adekvátní výsledek léčby. Dříve bylo za cíl léčby používáno kritérium odpovědi na léčbu, která je operacionálně definována jako nejméně 50% redukce v klinické hodnotící škále pro depresivní poruchu (HAMD – Hamiltonova stupnice pro hodnocení deprese či MADRS – Stupnice Montgomeryho a Åsbergové pro hodnocení deprese) [Bareš and Kopeček, 2006].

V souvislosti s průběhem deprese se užívá i dalších termínů, z nichž některé bývají s remisí zaměňovány. Mluvíme o žádné, minimální, částečné či úplné odpovědi na léčbu, reziduálních symptomech, úzdavě, relapsu a rekurenci.

Definice těchto termínů uvádíme podle Anderse v tabulce 2.2 na následující straně [Anders, 2006].

O'Donovan uvádí navíc termín reziduální symptomy, který definuje jako odpověď na léčbu a současně skór větší nebo roven 8 na HAMD [O'Donovan, 2004].

Existuje více možných přístupů, jak remisi poznat. Zajímáme se například o to, jak se nemocný jedinec objektivně jeví lékařům, psychologům a svému širšímu okolí. [Dušánková, 2006] Jiným kritériem je subjektivní výpověď pacienta o jeho zdravotním stavu.

⁶s. 108

| Termín | Definice |
|-------------------|---|
| Žádná odpověď | menší než 25 % úbytek celkové hodnoty na posuzovací škále deprese (MADRS či HAMD) |
| Minimální odpověď | úbytek 25 – 50 % na MADRS či HAMD |
| Částečná odpověď | redukce 50 – 75% na MADRS či HAMD |
| Plná odpověď | redukce celkového skóre o 75-100% na MADRS či HAMD |
| Remise | plné (=100 %) vymizení depresivních symptomů (HAMD <8, MADRS<12) trvající určité časové období, nejčastěji se hovoří o 8 týdnech. |
| Relaps | návrat symptomů onemocnění v období remise |
| Rekurence | návrat symptomů v období úzdravy |
| Úzdrava | období dlouhodobé remise. |

Tabulka 2.2: Definice termínů vztahujících se k průběhu deprese podle Anderse

Někteří autoři definují remisi jako funkční normalitu, přičemž normalita představuje „(...)kapacitu střídat, volit si a kontrolovat emocionální, behaviorální, kognitivní a interpersonální odpovědi na danou situaci.“ [Thase, 1999]⁷

Pro O'Donovan je remise domnělé vyloučení symptomů, což odpovídá skóru v posuzovacích škálách deprese v mezích normálu. Úzdrava bývá definována jako remise po prodloužené době kompletní absence symptomů. O'Donovan navrhuje, aby úzdrava představovala kombinaci remise symptomů a návrat k plnému fungování. To by měl být také výsledek léčby. [O'Donovan, 2004]

Obecně se však nejčastěji užívá operacionální definice, jež spočívá v dosažení určitých bodů na posuzovacích škálách deprese. Problém je, že se hodnota těchto bodů u jednotlivých autorů liší, navíc využívají různé posuzovací škály. Závažnost depresivní poruchy se nejčastěji měří na výše zmíněných stupnicích MADRS a HAMD.

Zimmerman et al se pokusili nalézt takovou hranici pro určení remise na škále MADRS, která co nejpřesněji odpovídá hranici na škále HAMD. Shrnují, že skór 10 na MADRS odpovídá skóru 7 na HAMD. [Zimmerman et al., 2004]

Casacalenda et al. shrnuje odborné články srovnávající vliv farmakoterapie, psychoterapie a kontrolních podmínek na dosažení remise. Jako konsensuální definici remise uvádí skór menší nebo roven 7 v Hamiltonově škále pro depresi (HAMD). Ta však byla využita pouze ve dvou ze šesti srovnávaných studií. Další tři studie uvádí skór HAMD menší nebo roven 6 a jedna skór menší nebo roven 5 v Raskinově škále deprese. Ani jedna studie si neklade za podmínku remise časové vymezení. [Casacalenda et al., 2002]

Skóry pro remisi na škále MADRS se u jednotlivých výzkumníků pohybují v rozmezí mezi 6 a 10 body. [Zimmerman et al., 2004] Například Weiland-Fiedler et al definují remisi jako období trvající minimálně 3 měsíce, během něhož pacient nebyl pod vlivem

⁷s. 3, český překlad autora práce

antidepresivní léčby a jehož skóre MADRS se pohybuje v nedepresivním rozsahu (<6). [Weiland-Fiedler et al., 2004] O'Brien et al. stanovují pro remisi hranici 8 bodů na škále MADRS. [O'Brien et al., 2004]

Další autoři chápou remisi jako období trvající nejméně 3 měsíce během něhož nejsou naplněna kritéria pro depresivní epizodu. [Paelecke-Habermann et al., 2005]

Pro Butterse et al, kteří studovali kognitivní deficit u starších depresivních pacientů, je remise skóre menší nebo roven 10 na HAMD po nepřetržitou dobu 3 týdnů, [Butters et al., 2000], Fennig et al určuje na stejné škále hranici 12 bodů. [Fennig et al., 2002] Oproti tomu Biringer et al zaměřují remisi a úzdravu, přičemž úzdrava je definována jako skóre HAM-D menší nebo roven 7. [Biringer et al., 2005]

Jinak na remisi pohlíželi Zimmerman et al (2006), kteří ve své studii remise vycházeli z perspektivy pacientů - jejich schopnosti zvládat stres, pocitu tělesné i duševní pohody, kvality života a pocitu normálnosti. Autoři sesbírali data od 535 depresivních pacientů, kteří měli v krátkém dotazníku zhodnotit 16 tvrzení ve vztahu k tomu, zda je deprese v remisi. Tři nejčastěji zmiňované položky, jež byly považovány za nejdůležitější pro dosažení remise, byly: Přítomnost rysů pozitivního duševního zdraví jako je optimismus a sebedůvěra, návrat k normálnímu já a návrat k běžnému fungování. [Zimmerman et al., 2006]

3

Kognitivní funkce

Chování lze rozdělit na tři hlavní funkční systémy: kognice, emoce a exekutivní funkce [Lezak, 1995] Preiss upozorňuje, že pokud mluvíme u deprese o kognitivním deficitu, měli bychom sem přísně vzato zahrnout pouze „(...) *souhrn poruch těch mozkových funkcí, které spadají pod první z výše zmíněných kognitivních systémů - pod kognici (vnímání, paměť, učení, myšlení a expresivní funkce)*.“ [Preiss, 2006]¹ V odborných studiích však pojem kognitivní deficit u deprese obsahuje také poruchu pozornosti a exekutivních funkcí. „Čistě teoreticky bychom tedy neměli mluvit o kognitivním deficitu, nýbrž o poruše pozornosti, kognitivních a exekutivních funkcí.“ [Preiss, 2006]²

Čtyři základní skupiny kognitivních funkcí jsou podle Lezakové et al (1995) shodné s operacemi počítače:

- vstup (input) = receptivní funkce
- uskladnění (storage) = paměť a učení
- zpracování (processing) = myšlení
- výstup (output) = expresivní funkce

Pozornost bývá zmiňována v rámci kognitivních funkcí, ve skutečnosti je však její specifickou úlohou podtrhnout a posílit aktivitu ostatních funkcí.

Někteří autoři rozlišují tzv. nižší a vyšší kognitivní funkce, kde nižší funkce představují jednodušší procesy (vnímání), naopak vyšší funkce jsou komplexní a složité (myšlení). [Lezak, 1995]

3.1 Receptivní funkce

Receptivní funkce spočívají ve vstupu informace do centrálního systému od senzorického vjemu přes vnímání (percepci), které má na starosti integraci senzorických dojmů v psychologicky smysluplná data.

¹s. 236

²s. 236

Vnímání zahrnuje procesy, jejichž prostřednictvím poznáváme a organizujeme podněty z prostředí - uvědomění si (awareness), rozpoznávání (recognition), rozlišování (discrimination), šablonování (patterning) a orientaci (orientation). Pokud jsou tyto funkce porušeny, mluvíme o agnózii. [Lezak, 1995]

Existují dvě teorie vysvětlující princip vnímání - teorie přímé percepce („odspodu vzhůru“) a teorie konstruktivní percepce („shora dolů“). V případě přímé percepce jsou veškeré informace nutné k vnímání obsaženy v senzorickém vstupu. Naopak u konstruktivní percepce jedinec tvoří (konstruuje) podnět, který přijal, s užitím předchozích znalostí a informací a současně senzorických informací. [R.J.Sternberg, 2002]

3.2 Paměť a učení

Paměť je dynamický proces složený ze vstupu (kódování do paměti = encoding), uchování (uskladnění = storage) a výstupu (vybavení = retrieval). [R.J.Sternberg, 2002]

Paměť a učení představují nejen ústřední funkce pro všechny ostatní kognitivní funkce, ale pravděpodobně také vše, co je v chování jedince charakteristicky lidské. Dělíme ji na několik podtypů, které mezi sebou za normálních okolností spolupracují a přechází jeden v druhý. [Lezak, 1995]

- Deklarativní (explicitní) systém - paměť pro fakta a události, přístupná vědomí. Dělí se dále na:
 1. Sémantickou paměť - pro fakta bez časových a prostorových souvislostí.
 2. Epizodickou paměť - autobiografická paměť pro prožité události zakotvené v čase a prostoru.
- Nedeklarativní (implicitní) systém - nevědomý systém (patří sem například paměť procedurální, tj. učení se motorickým a kognitivním dovednostem)
- Pracovní paměť - udržuje aktivitu jiných reprezentací

Dále můžeme paměť dělit podle délky trvání na:

- Registrační (senzorická) paměť - proces vybírání a zaznamenávání vjemů, které vstupují do paměti. Informace jsou buď převedeny do krátkodobé paměti, nebo zmizí.
- Krátkodobá paměť
 1. Okamžitá paměť - první stupeň krátkodobé paměti, dočasně uchovává informace zaznamenané v předchozím procesu. Trvá 30 vteřin až několik minut. Její kapacitou je tzv. Millerovo číslo 7 plus minus 2.

2. Opakování - zahrnuje jakékoliv opakování, jež zvyšuje pravděpodobnost udržení informace (trvá až několik hodin).
 3. Další stupeň krátkodobé paměti udržující informaci jeden až dva dny.
- Dlouhodobá paměť - dochází ke zpevnění informací a jejich uspořádání ve smyslné celky a asociace. Souvisí s učením.

[Lezak, 1995], [Dušánková, 2006]

Dojde-li k poruše paměti, mluvíme o amnézii. Amnézie může být anterográdní, tj. vztahující se na informace, které následují po poškození – jedná se o neschopnost udržení a vybavení si informací především z krátkodobé paměti. Naopak retrográdní amnézie se vztahuje ke vzpomínkám uloženým před poškozením paměti, je tedy narušena především dlouhodobá paměť. [Lezak, 1995]

3.3 Myšlení

Myšlení stojí v hierarchii kognitivních funkcí na samém vrcholu škály. Může být podle Lezakové (1995) definováno jako: „(...) *jakákoliv mentální operace spojující dva či více bity informací explicitně (jako v aritmetickém výpočtu) či implicitně (jako v posouzení, zda je toto ve vztahu k onomu špatné)*“ [Lezak, 1995]³ Patří sem široká škála kognitivních funkcí jako je výpočet, úvaha a úsudek, vytváření konceptů, abstrakce a generalizace, uspořádání, organizace, plánování a řešení problémů. V rámci myšlení samotného lze sledovat nižší a vyšší operace ve směru od konkrétního k abstraktnímu.

Na rozdíl od jiných kognitivních funkcí, jejichž aktivitu lze sledovat v určitých neuroanatomických systémech mozku, myšlení se zdá být difúzní a zahrnuje celý mozek bez přesné lokalizace.

3.4 Expresivní funkce

Expresivní funkce představují skupinu pozorovatelného chování. Patří sem například mluvení, kreslení, psaní, manipulace, gestikulace či pohyby. Z expresivních funkcí odvozujeme mentální aktivitu jedince.

Pokud jsou expresivní funkce porušeny, mluvíme o:

- apraxii (tj. neschopnosti vykonávat záměrné motorické činnosti za neporušených fyzických schopností)

³s. 34, překlad autorky práce

- konstrukční poruše (tj. narušení komplexních prostorových činností, ačkoliv jednotlivé pohyby porušené nejsou)
- afázii (tj. poruše chápání jazyka a mluvení)
- agraphii (tj. poruše schopnosti psát)
- alexii (tj. poruše schopnosti číst)

[Lezak, 1995]

3.5 Další mentální aktivity

3.5.1 Vědomí

Vědomí představuje úroveň v jaké je organismus schopný reagovat na podněty, čili je bdělý - pohybuje se v rozmezí od plné bdělosti po kóma. [Lezak, 1995] Zahrnuje pocit, že si něco uvědomujeme a zároveň obsah toho, co si uvědomujeme. [R.J.Sternberg, 2002]

3.5.2 Pozornost

Prostřednictvím pozornosti organismus zpracovává obrovské množství informací z dlouhodobé paměti, ze smyslových orgánů a z dalších kognitivních procesů. Její součástí jsou jak vědomé, tak nevědomé procesy. [R.J.Sternberg, 2002]

Kapacita pozornosti se liší nejen interindividuálně, ale též u stejného jedince v různém čase. Omezuje ji například právě deprese či obyčejná únava. Rovněž s narůstajícím věkem se pozornost zhoršuje.

Pozornost lze studovat ze čtyř různých hledisek:

1. Zaměřená neboli výběrová pozornost je to, co si lidé pod pojmem pozornost představí nejčastěji - jedná se o kapacitu zdůraznit jeden nebo dva důležité podněty či představy a současně ostatní rušivé podněty potlačit. Mluví se o ní také jako o koncentraci.
2. Trvalá pozornost neboli bdělost představuje kapacitu udržet aktivitu pozornosti po určitou dobu.
3. Rozdělená pozornost znamená schopnost zvládat ve stejném čase více úkolů, tak jako u složitých myšlenkových procesů.
4. Vyhledávání představuje aktivní vyhledávání cíle

[Lezak, 1995], [R.J.Sternberg, 2002]

3.5.3 Psychomotorické tempo

Psychomotorické tempo vypovídá o rychlosti mentální aktivity a o rychlosti motorické reakce. Zpomalení psychomotorického tempa je častým důsledkem stárnutí či poškození mozku - projevuje se ve slabosti, špatné koordinaci, opožděných reakcích a v pomalejším provádění všech úkolů za absence specifického motorického narušení. [Lezak, 1995]

3.6 Exekutivní funkce

Exekutivní funkce umožňují jedinci chovat se samostatně, účelově a s důrazem ve vlastní prospěch. Někteří autoři je zahrnují přímo pod kognitivní funkce, jiní je vyčleňují. [Lezak, 1995]

Lezak rozlišuje exekutivní a kognitivní funkce na základě otázek: „*U exekutivních funkcí se ptáme „jak nebo zda osoba dělá to, co dělá“ (Uděláš to a pokud ano, jak?), zatímco u kognitivních funkcí nás zajímá „co nebo kolik“ (Kolik toho víš? Co můžeš udělat?)*“ [Lezak, 1995]⁴

Jedinec je schopný se o sebe postarat do té míry, jak moc zachované má exekutivní funkce. Naopak při poruše či zhoršení exekutivních funkcí člověk nedokáže samostatně vykonávat výnosnou a užitečnou práci či udržovat normální společenské vztahy, a to bez ohledu na kapacitu kognitivních funkcí. Zhoršení kognitivních funkcí ovlivňuje naše znalosti a dovednosti, avšak deficit exekutivních funkcí napadá všechny stránky chování - projevuje se ve snížení sebekontroly, ve zvýšené iritabilitě a excitabilitě, v impulsivním chování, v nevyzpytatelné bezstarostnosti, v rigiditě či v deteriorizaci v péči o sebe. Patří sem také narušená schopnost zahajovat činnosti, snížená nebo chybějící motivace a poruchy v plánování a provádění sledu činností tvořících cílené chování. [Lezak, 1995]⁵

⁴s. 42; překlad autorky práce

⁵překlad Dušánková, 2006

4

Kognitivní funkce u unipolární deprese

„Mé chování bylo bezprostředním důsledkem depresivní choroby, která už postoupila natolik, že se objevily některé její nejtypičtější a nejzkázonosnější projevy: zmatenost, neschopnost se soustředit a výpadky paměti.“

William Styron: Viditelná temnota

Neuropsychologické studie zaměřující se na kognitivní deficit u pacientů s depresivní poruchou ukázaly, že zhoršené kognitivní funkce jsou u těchto pacientů běžné.

Otázka kognitivního deficitu u deprese však zdaleka není jednoznačná. První komplikací je, že pod pojmem kognitivní funkce rozumíme širokou a různorodou oblast, kde ne všechny funkce musí být zhoršeny, přesto se výsledky depresivního jedince v neuropsychologických testech jeví jako podprůměrné. Je tedy nutné specifikovat, které kognitivní funkce máme vlastně na mysli, mluvíme-li o kognitivním deficitu. Preiss (2006) rozlišuje v tomto kontextu deficit pozornosti, paměti, exekutivních funkcí a dalších kognitivních domén.

4.1 Kognitivní deficit u deprese

4.1.1 Paměť a učení u depresivních jedinců

Austin et al (2001) zjistili na základě metaanalýzy studií od roku 1966 do roku 1999, že je deprese ve většině případů spojena s narušením epizodické paměti a učení a zahrnuje jak explicitní verbální paměť, tak vizuální paměť u pacientů s melancholickou (endogenní) i nemelancholickou (neendogenní) depresí. Naopak implicitní paměť se zdá být nenarušena. Zhoršení paměťových funkcí pravděpodobně souvisí s poruchou hippocampu. [Austin et al., 2001]

Celkové shrnutí kognitivních a neurologických zhoršení u poruch nálady prováděli Marvel a Paradiso (2004). Autoři uvádějí, že zhoršení u verbální paměti, vyprávění příběhu a výbavy seznamu slov bylo zjištěno u depresivní, manické i euthymické fáze těchto onemocnění. Výsledky jedné studie dokazují také zhoršení neverbální paměti u pacientů v akutní fázi deprese ve srovnání s kontrolní skupinou. [Marvel and Paradiso, 2004]

Rozdíl ve výkonu depresivních jedinců v testech na explicitní a implicitní paměť zjistili také Bazin et al (1994). Celkem 23 depresivních pacientů bylo srovnáváno s 37 kontrolními subjekty. Autoři se všimli, že zatímco pacienti vykazovali zhoršení explicitní paměti,

implicitní paměť byla nenarušená v komparaci s kontrolní skupinou zdravých jedinců. Rozdíl ve výkonu u explicitní a implicitní paměti vymizel ve chvíli, kdy se pacienti uzdravili (výkon pacientů se zlepšil v testech na explicitní paměť). [Bazin et al., 1994]

Zhoršení výkonu v oblasti mimoslovní paměti a verbální fluence zaznamenali zhruba u třetiny zkoumaných depresivních jedinců (celkem 102 respondentů, z toho 57 v akutní fázi deprese) Reischies a Neu (2000). [?]

Ravnkilde et al (2002) testovali 40 těžce depresivních hospitalizovaných jedinců a 49 matchovaných kontrol širokou baterií neuropsychologických testů. Výsledky odhalili mimo jiné signifikantní rozdíl mezi oběma skupinami ve schopnosti okamžité výbavy příběhu (Text/Logical Memory Test), rozdíl v oddálené výbavě však signifikantní nebyl. U Visuálního reprodukčního testu byl signifikantní rozdíl naměřen jak u okamžité, tak u oddálené výbavy. Naopak nenarušené se zdálo být verbální učení. Autoři upozorňují, že krátkodobá a pracovní paměť se většinou jen těžko odděluje od pozornosti a že tato narušení mohou být provázána (viz níže). [Ravnkilde et al., 2002]

Zhruba 70% depresivních pacientů nad 60 let (z celkem 20) vykazovalo zhoršení v testech na paměť a učení (ve srovnání s normálními kontrolami) ve studii Abas et al (1990). Výkon depresivních pacientů byl přitom srovnáván jak se vzorkem normálních kontrol, tak s 19 jedinci s příznaky demence. [Abas et al., 1990]

Starší depresivní pacienty (celkem 61 depresivních jedinců nad 60 let) testovali také O'Brien et al (2004). Jejich výsledky odhalily zhoršení v doménách pracovní, vizuální a verbální paměti a v učení se novému. [O'Brien et al., 2004]

4.1.2 Pozornost u depresivních jedinců

Ravnkilde et al (2002) zmiňují v přehledu výzkumů k tématu, že se někdy za ústřední problém zhoršených kognitivních funkcí považuje narušená pozornost, která zasahuje všechny ostatní kognitivní domény. Podobně mohou fungovat také motivační proměnné či snížené psychomotorické tempo. Ve vlastním výzkumu, jenž je blíže popsán výše, zjistili, že depresivní skupina respondentů vykazovali signifikantní zhoršení oproti normálním kontrolám ve všech testech na pozornost. Autoři dále uvádějí, že zpomalené psychomotorické tempo nebylo u depresivních pacientů signifikantní, snížení výkonu v testech měřených časem proto nemůže být vysvětleno pouze tímto faktorem. [Ravnkilde et al., 2002]

Ve výše zmíněném shrnutí Marvela a Paradisa (2004) je pozornost spojena s pracovní pamětí. I zde autoři upozorňují, že deficit v pozornosti a okamžité paměti může zasahovat téměř každý aspekt denního života. Narušená pozornost byla zjištěna u depresivních jedinců v akutní fázi jejich onemocnění. [Marvel and Paradiso, 2004]

Také například O'Brien et al (2004) zaznamenali snížený výkon v testech na pozornost a to u starších depresivních pacientů. [O'Brien et al., 2004]

4.1.3 Exekutivní funkce u depresivních jedinců

Vliv depresivního onemocnění na exekutivní funkce zkoumali například Channon a Green (1999). Porovnávali výkon v testech citlivých na exekutivní funkce u 23 jedinců s diagnózou unipolární deprese a 23 normálních kontrol. Výsledky ukázaly, že depresivní respondenti vykazovali horší výkon ve všech použitých testech. Detailnější pohled na kvalitativní aspekt jejich výkonu navíc odhalil méně časté využití vhodných strategií k řešení úkolů v porovnání se skupinou zdravých osob. [Channon and Green, 1999]

Také Moritz et al uvádějí zhoršené exekutivní funkce u pacientů s unipolární depresí. Autoři srovnávali vzorky 25 depresivních, 25 schizofrenních a 70 zdravých jedinců. Zatímco výkon depresivních a schizofrenních pacientů v testech na exekutivní funkce se zásadně nelišil, obě skupiny byly téměř ve všech testech horší než zdraví jedinci. [Moritz et al., 2002]

Harvey et al upozorňují, že mnoho studií prováděných s depresivními jedinci prokázalo deficit v základních exekutivních procesech jako je „set shifting“ (řazení sad?) a „inhibition“ (překonávání překážek?). Jen málo z nich však zkoumá také třetí složku - „updating“ (aktualizace?). Autoři se mimo jiné zaměřili právě na tuto složku u mladších depresivních pacientů (celkem 22 jedinců ve věku mezi 22 a 53 lety). Bylo zjištěno, že depresivní skupina vykazuje zhoršení ve všech třech složkách exekutivních funkcí v porovnání s normálními jedinci. [Harvey et al., 2004]

Na základě metaanalýzy 13 studií publikovaných od roku 1975 a soustředících se na kognitivní výkon depresivních pacientů uvádí Veiel (1997), že mnoho z nich odhalilo rozsáhlé narušení kognitivního výkonu, především pak exekutivních funkcí. [Veiel, 1997]

Naopak Ravnkilde et al nenalezli signifikantní zhoršení v exekutivních funkcích u depresivních jedinců v porovnání se zdravými osobami. V některých dílčích úkolech dokonce kontrolní skupina vykazovali horší výkon, než depresivní respondenti, ačkoliv tento rozdíl nebyl signifikantní. [Ravnkilde et al., 2002]

Austin et al uvádějí v souhrnu výzkumů, že přestože studie zkoumající exekutivní funkce u depresivních jedinců vykazují kontroverzní údaje, obecně lze říci, že u vážnějších forem deprese je patrné signifikantní zhoršení v této doméně. [Austin et al., 2001]

4.2 Příčiny vzniku kognitivního deficitu

Preiss (2006) zmiňuje dvě hlavní hypotézy vzniku kognitivního deficitu u deprese. První z nich je hypotéza pravoemisférové dysfunkce. Tato hypotéza vychází z faktu, že u depresivních pacientů byla zjištěna pravostranná dysfunkce, podobná důsledkům poškození pravých temporálních laloků. Jiné výzkumy však tyto nálezy vyvrátily. *„Opakovaně se sice hovoří o nálezích zvýšené aktivity v pravé hemisféře spolu s hypoaktivitou hemisféry levé, tato skutečnost však nemohla uspokojivě vysvětlit mechanismy vzniku kognitivního*

deficitu u depresivní poruchy.“ [Preiss, 2006]¹

Dále zmiňuje motivační hypotézu, která vychází z přesvědčení, že je zhoršený výsledek v neuropsychologických testech způsoben sníženou motivací depresivních pacientů k výkonu. Tzv „effortfull-automatic“ hypotéza předpokládá, že pacienti mají potíže s úkoly vyžadujícími úsilí, zatímco automatické úkoly zvládají. Jiné výzkumy však motivační hypotézu vyvracejí. [Preiss, 2006]

Nejnovější teorie vysvětlují kognitivní deficit u deprese například změnami na molekulární úrovni, poruchami neurotransmiterového přenosu, narušenou plasticitou mozku či strukturálními mozkovými abnormalitami. [Preiss, 2006]

4.3 Vliv klinických faktorů na kognitivní deficit u deprese

Do problematiky kognitivního deficitu mohou vstupovat další proměnné. Předmětem studií byl například vliv následujících proměnných na kognitivní výkon:

- stáří depresivních pacientů
- hloubka depresivního onemocnění
- subtyp depresivního onemocnění
- hospitalizace
- medikace
- „state“ versus „trait“ faktory
- snížená motivace
- jiné klinické faktory

Naproti tomu Austin et al uvádějí, že výsledky mnoha studií z let 1966 až 1999 nasvědčují tomu, že se paměťový deficit a zhoršené exekutivní funkce vyskytují nezávisle na věku, závažnosti deprese a jejím subtypu, „složitostí“ úkolu, motivaci a tzv. „response bias“ [Austin et al., 2001]

¹s.241

4.3.1 Kognitivní deficit a stáří depresivních pacientů

Narůstající věk je spojován s postupným poklesem kognitivních funkcí. Myšlenkové procesy se zpomalují a zhoršuje se výkon ve složitějších úkolech. Nepružnost v myšlení, zhoršené soustředění a perseverace se stávají nápadnější. Postupující věk je rovněž spojován s růstem mikrovaskulárních mozkových onemocnění, které se objevuje u jedinců s depresí s pozdním počátkem. [Austin et al., 2001] O'Donovan však upozorňuje, že deprese nemůže být vnímána jako běžná součást stárnutí. [O'Donovan, 2004]

Raskin et al uvádějí, že vliv věku na kognitivní výkon je u depresivních pacientů signifikantně větší ve srovnání s kontrolní skupinou, což značí specifickou interakci mezi věkem a kognitivním výkonem u deprese. [Raskin et al., 1982]

Tarback a Paykel (1995) zkoumali vliv věku a deprese na kognitivní funkce u dvou skupin hospitalizovaných pacientů s velkou depresí oddělených věkovou hranicí 60 let (pod 60 let N=18; nad 60 let N=19). Pacienti byli testováni v průběhu depresivní epizody a po úzdavě. Ve většině využitých kognitivních testů podávali starší pacienti horší výkon, nežli mladší pacienti a to jak v průběhu deprese, tak po úzdavě. Tento efekt je zvláště zřetelný u rychlosti výkonu a reakčního času. Signifikantní interakce mezi věkem a depresí však byla nalezena pouze u jediného testu, „Silly sentences“. Podrobnějším zkoumáním se zjistilo, že starší pacienti nevykazovali po úzdavě takový nárůst skóru jako mladší pacienti. [Tarback and Paykel, 1995]

Ravnikilde et al nenalezli ve vztahu k věku depresivních jedinců žádný specifický vzor disfunkcí. Autoři rozdělili vzorek pacientů na dvě skupiny hranicí 40 let, přičemž uvádějí, že toto rozdělení může k vyvozování přísných závěrů příliš hrubé. Přesto se domnívají, že míra kognitivního narušení nemůže být závislá pouze na věku pacientů. [Ravnikilde et al., 2002]

Abas et al srovnávali vizuální pozornost, paměť a učení u starších depresivních pacientů (N=20), kontrolní skupiny (N=20) a pacientů s demencí Alzheimerova typu (N=19). Zhoršení těchto funkcí bylo nalezeno u 70% depresivních pacientů a to především v paměti a reakčním čase. U depresivních pacientů se projevil stejný deficit krátkodobé paměti jako u pacientů s ranou demencí Alzheimerova typu, současně však depresivní pacienti vykazovali lepší výsledky v podmíněném asociativním učení a také dělali jiný druh chyb. Ačkoliv se po úzdavě z deprese pacienti zlepšili, u řady testů nedosáhli výkonů kontrolní skupiny a zhruba 35% z nich dále vykazovalo zhoršení. [Abas et al., 1990]

Jorm uvádí, že deprese může být komorbidní s demencí. V této souvislosti si položil otázku, zda je deprese v mladším věku riskantním faktorem pro následnou demenci či kognitivní úpadek. Z metaanalýzy případových a prospektivních studií vyplynulo, že deprese je skutečně spojena se zvýšeným rizikem následné demence. [Jorm, 2000]

Butters et al zjistili, že starší depresivní pacienti vykazující kognitivní zhoršení se mohou po antidepresivní léčbě v některých kognitivních oblastech zlepšit, přesto nemusí nutně dosáhnout normálního výkonu a to především v paměti a exekutivních funkcích. To je pravděpodobně riskantním faktorem k rozvoji progresivní demence. [Butters et al., 2000]

4.3.2 Kognitivní deficit ve vztahu k hloubce a subtypu depresivního onemocnění

Mnoho autorů si kladlo otázku, zda má hloubka deprese či její subtyp dopad na kognitivní deficit. Vliv této proměnné na zhoršený kognitivní výkon se zkoumá pomocí korelace jedné ze škál depresivity se skóry v neuropsychologických testech. Podle Austin et al jsou výsledky těchto studií rozporuplné - devět studií z jejich metaanalýzy korelaci mezi kognitivním výkonem a hloubkou deprese neprokázalo, zatímco jedenáct z nich korelaci uvádí a to především u řešení složitějších úkolů. [Austin et al., 2001]

Například Ravnkilde et al uvádějí, že v jejich vzorku 40 pacientů se střední až těžkou depresivní epizodou nebyla korelace mezi hloubkou deprese a kognitivním výkonem nalezena. [Ravnkilde et al., 2002]

Vztah subtypu deprese a kognitivního deficitu byl zjišťován srovnáním endogenní a exogenní deprese, psychotické a nepsychotické deprese či akutní versus chronické deprese. Zjišťovalo se také, zda se podoba kognitivního deficitu liší u mánie či bipolární afektivní poruchy. My se však budeme držet pouze unipolární formy deprese.

Výzkumy naznačují, že endogenní deprese je spojena se zhoršeným kognitivním výkonem více, než deprese exogenní. Basso a Bornstein zjistili, že neuropsychologické funkce u depresivních jedinců s psychotickými rysy byly horší, než u nepsychotických depresivních jedinců. Tento model zhoršeného výkonu byl navíc globální a zahrnoval nonverbální usuzování, visuospeciální percepci, verbální a neverbální učení, bystrost, verbální fluenci a pozornost. Psychotičtí depresivní jedinci navíc v testech skórovali značně podprůměrně, zatímco nepsychotičtí depresivní jedinci se vešli do hranic normálu. [Basso and Bornstein, 1999] Také další studie prokázali, že zhoršení pozornosti, verbální deklarativní paměti a reakčním čase je u pacientů s psychotickou formou deprese signifikantně horší než u nepsychotických depresivních pacientů. Rozdíl mezi skupinami navíc pravděpodobně nebyl způsoben hloubkou deprese, rozdíly v psychomotorické retardaci, koncentraci a/nebo motivaci. [Schatzberg et al., 2000]

Austin et al shrnují výsledky studií následovně: „*Celkově se zdá, že melancholický subtyp a hloubka deprese přispívají u depresivních jedinců k neuropsychologickému deficitu. Některé testy jsou na aktuální náladě vysoce závislé, jiné nikoliv (. . .)*“ [Austin et al., 2001]²

4.3.3 Kognitivní deficit ve vztahu k medikaci

Užívání antidepresiv je limitujícím faktorem pro interpretaci neuropsychologických testů, jelikož vyvstává otázka, nakolik je kognitivní deficit způsobený samotnou depresí a nakolik se na jeho rozvoji podílí antidepresivní léčba. Ke kognitivnímu výkonu mají vztah faktory jako je velikost dávky a doba užívání. Rovněž se předpokládá, že „(. . .) tradiční

²Překlad autorky práce

tricyklická antidepresiva více narušují kognitivní funkce, a to zejména paměť a psychomotorické tempo než antidepresiva nové generace.“ [Ravnkilde et al., 2002]³

Ravnkilde et al se pokusili minimalizovat tuto nežádoucí proměnnou tím, že ve své studii srovnávali pacienty bez medikace, případně s pouze krátkou dobou medikace a pacienty, kteří byli medikováni dlouhou dobu. Jelikož mezi těmito skupinami nenašli žádný signifikantní rozdíl, předpokládají, že je vliv antidepresiv na kognitivní funkce minimální. [Ravnkilde et al., 2002]

Podobně Porter et al (2003) studovali kognitivní funkce u depresivních pacientů, kteří byli minimálně 6 týdnů bez medikace. Neurokognitivní zhoršení bylo přítomno i v tomto vzorku, lze tedy předpokládat, že není způsobeno vlivem psychotropní medikace. [Porter et al., 2003]

Preiss (2006)⁴ shrnuje vliv antidepresiv na kognitivní výkonnost takto: „(...) i přes obecně uznávaný vliv antidepresiv na kognitivní výkonnost jsou přítomny známky narušeného kognitivního fungování i u pacientů bez medikace a vliv antidepresivní léčby pak může případně narušení kognitivního fungování jen zesílit.“

Oproti tomu Peselow et al porovnávali učení a paměť u 50 depresivních jedinců léčených po dobu 4 týdnů imipraminem a u normálních kontrol. Ačkoliv na začátku léčby byl výkon depresivních jedinců signifikantně horší ve většině testů paměti, na konci léčby byl výkon těchto pacientů lepší než u pacientů bez imipraminu a dokonce srovnatelný s kontrolami. [Peselow et al., 1991]

4.3.4 Kognitivní deficit a hospitalizace

Vliv hospitalizace na výkon pacientů v neuropsychologických testech vyloučili ve své studii Bazin et al. Autoři zkoumali disociaci v projevech explicitní a implicitní paměti u pacientů s velkou depresí (MDE). Dva testy (jeden na explicitní a druhý na implicitní paměť) byly zadány celkem 23 jedincům s MDE a 37 kontrolním subjektům. Bylo zjištěno, že paměťový deficit není u depresivních pacientů rovnoměrný. Zatímco explicitní složka paměti se zdála být zasažena, implicitní fungovala normálně. Všichni depresivní jedinci byli na rozdíl od kontrolních subjektů hospitalizováni a medikováni. Autoři si proto kladli otázku, zda mohl být přítomný kognitivní deficit ovlivněn jedním z těchto nežádoucích faktorů. Z tohoto důvodu provedli druhou administraci testů s 20 depresivními jedinci těsně před koncem hospitalizace a současně s 30 kontrolami. Přestože byli pacienti stále hospitalizováni a pod vlivem medikace, disociace mezi jejich výkonem v testech na implicitní a explicitní složku paměti zmizela. [Bazin et al., 1994]

Naopak Elliot et al (in Elliot, 1998) dospěli k opačným závěrům. Zkoumali, zda hospitalizace může ovlivnit výkon v neuropsychologických testech. Srovnávali výkon v neuropsychologických testech u vzorku hospitalizovaných a ambulantně léčených pacientů se

³s. 246

⁴s.249

stejně závažnou depresí. Zjistili, že hospitalizovaní pacienti skórovali signifikantně hůře nežli ambulantní pacienti. To může být způsobeno dvěma faktory: Za prvé, neuropsychologické poškození může být indikací k hospitalizaci a za druhé, některé faktory spojené s hospitalizací mohou ke kognitivnímu deficitu přispívat. [Elliot, 1998]

4.3.5 Kognitivní deficit a motivace k výkonu

Jednou z často diskutovaných otázek je, zda zhoršený kognitivní výkon u depresivních pacientů nesouvisí s nízkou anebo žádnou motivací dosáhnout dobrého výkonu. Tato problematika je součástí motivační hypotézy vzniku kognitivního deficitu u deprese.

Richards a Ruff studovali vliv motivace na neuropsychologické fungování u depresivních a nedeprativních jedinců. Skupinu 30 nemedikovaných depresivních pacientů a 30 normálních jedinců vystavili při testování neuropsychologických funkcí motivačním nebo nemotivačním podmínkám. Examinátoři povzbudili část jedinců k co nejlepšímu výkonu a slíbili jim, že dostanou za odměnu 10 dolarů, pokud budou úspěšní. Ostatním neřekli nic. Bylo zjištěno, že vliv motivace na výkon v neuropsychologických testech byl minimální. [Richards and Ruff, 1989]

Vliv motivace na zhoršené kognitivní funkce se zjišťoval také srovnáním výkonu pacientů v úlohách vyžadujících úsilí (effort-demanding task) a ve snadných úkolech, jež úsilí nevyžadují (effortless task). Tancer et al srovnávali výkony v obou typech úloh u hospitalizovaných depresivních pacientů v komparaci s hospitalizovanými nedeprativními kontrolami. Zjistili, že výkon depresivních pacientů v úlohách vyžadujících úsilí je signifikantně horší, než u nedeprativních kontrol. Jelikož se v obou případech jednalo o hospitalizované jedince, zdá se, že tento jev nebyl způsoben hospitalizací. [Tancer et al., 1990]

4.3.6 Kognitivní deficit a složky „state vs. trait related“

Klíčovou otázkou pro mnohé autory zůstává, zda je kognitivní deficit u deprese trvalý a přetrvává i v remisi, nebo je naopak závislý na aktuálním stavu a náladě a po vyléčení mizí. Některé výzkumy totiž ukázaly, že ve vztahu nálady a kognice existují složky, které jsou závislé na stavu (state-dependent) a jiné, závislé na charakteru (trait-related). [Marvel and Paradiso, 2004]

Některé studie například naznačují, že změny v exekutivních funkcích jsou závislé na náladě, tedy reversibilní. [Austin et al., 2001] V jiných případech byl zjištěn přetrvávající deficit i v období remise. Hluběji se tomuto tématu budeme věnovat v následující kapitole.

4.3.7 Kognitivní deficit a kvalita života (QOL)

Je zřejmé, že depresivní jedinci trpí sníženou kvalitou života (quality of life - QOL). Vaughn McCall a Dunn (2003) zjišťovali, zda je kognitivní deficit u deprese spojen se

zhoubným vlivem na kvalitu života u jedinců s velkou depresí. Zkoumali proto kognici, náladu a QOL u 77 nedementních dospělých depresivních pacientů. QOL byla měřena za pomoci dvou metod - zhodnocení instrumentálních aktivit denního života (instrumental activities of daily living - IADL) a zhodnocení aktivit denního života (activities of daily living - ADL). Ukázalo se, že globálně zhoršené kognitivní funkce souvisí s horším IADL fungováním u vážně depresivních jedinců. [McCall and Dunn, 2003]

5

Kognitivní deficit v remisi

Kognitivní deficit jako jeden z průvodních jevů deprese je již dostatečně prokázán řadou studií. Otázkou stále zůstává, jestli je zhoršení kognitivních funkcí pouze přechodné a s ústupem depresivní fáze mizí, či zda je narušení kognice trvalé a přetrvává i po vyléčení. V prvním případě se navíc ptáme, kdy přesně kognitivní deficit mizí - v částečné nebo úplné remisi? A s čím jeho vymizení souvisí? Objevuje se znovu s rekurentní depresivní epizodou?

Pokud se naopak kognitivní funkce depresí trvale naruší, zajímá nás, zda je možné za pomoci rehabilitace tyto funkce alespoň částečně vylepšit.

Podobných otázek však zůstává mnoho a na většinu z nich touto prací neodpovíme. V této části si uvedeme souhrn některých výzkumů, které se snažily problematiku kognitivního deficitu v remisi objasnit. Budeme se potýkat s řadou nejasností, které činí případné srovnání studií problematické. Především jsou to nejasnosti v definování remise - tomuto tématu jsme se již věnovali v terminologické části. Austin et al dále upozorňují, že autoři studií nedostatečně kontrolují případný efekt medikace a elektrokonvulsivní léčby na výkon v neuropsychologických testech.[[Austin et al., 2001](#)]

Celkově se i v tomto případě zdá, že přetrvávající kognitivní deficit u pacientů s depresivní epizodou v minulosti souvisí s proměnnými jako jsou věk, léčba, trvání a chronicita nemoci a počet epizod. [[Kessing, 1998](#)]

5.1 Kognitivní deficit jako „trait-related“ faktor

Dříve než si podrobněji uvedeme výsledky jednotlivých studií, v tab. č. 5.1 na straně 39 uvádíme stručný přehled výzkumů, které přetrvávající kognitivní deficit u deprese v remisi potvrzují. Tyto výzkumy přispívají k tezi, že zhoršené kognitivní funkce jsou ve vztahu k náladě „trait-related“, čili spojené s charakterovými rysy a tedy trvalé.

V přehledové studii Marvela a Paradisa (2004) je zmíněno, že vztah mezi náladou a kognicí obsahuje složky, které jsou spojené s aktuálním stavem (state-dependent), stejně jako složky mající povahu trvalého rysu (trait-dependent). Dále se předpokládá, že kognitivní deficit přetrvává i v euthymické stavu/remisi a z tohoto důvodu musí jistý druh kognitivních procesů představovat základní rysy. Autoři shrnují výsledky předchozích studií tak, že pacienti s poruchou nálady vykazují během euthymické fáze především měřitelný deficit pozornosti. Jelikož jsou pozornost a pracovní paměť klíčové funkce pro další

kognitivní domény, může jejich deficit způsobit zhoršení i v jiných kognitivních funkcích. [Marvel and Paradiso, 2004]

Také Chamberlain a Sahakian (2004) shrnují, že pacienti s poruchou nálady v anamnéze vykazují reziduální kognitivní deficit přetrvávající i tehdy, kdy se nacházejí v plné klinické úzdavě. Zdá se, že tento deficit zahrnuje psychomotorické zpomalení, zhoršenou vizuální rozpoznávací paměť a zhoršenou trvalou pozornost. [Chamberlain and Sahakian, 2004]

O'Brien et al (2004) měřili kognitivní funkce u 61 depresivních jedinců starších 60 let a 40 zdravých jedinců stejného věku. Vedle neuropsychologických testů byli respondenti podrobeni strukturální magnetické rezonanci a dalším medicínským vyšetřením. Celé testování se znovu opakovalo po 6 měsících. Depresivní jedinci vykazovali v akutní fázi nemoci ve srovnání se zdravými kontrolami zhoršení pozornosti, pracovní, vizuální a verbální paměti, učení a exekutivních funkcí. Po 6 měsících přetrvávalo mírné kognitivní zhoršení u 41% jedinců, kteří byli považováni za plně uzdraveni (nenaplnovali kritéria DSM-IV pro velkou depresi a skóre MADRS byl menší než 8). [O'Brien et al., 2004]

Weiland-Fiedler et al (2004) si kladli za cíl popsat neuropsychologické funkce plně remitovaných a nemedikovaných jedinců s unipolární depresivní poruchou v anamnéze. Srovnávali výkony v baterii CANTAB (Cambridge Automated Neuropsychological Test Battery) a Kalifornském verbálním testu učení u 28 jedinců v průměrném věku 38 let s 23 zdravými kontrolními subjekty. Remise byla definována jako „*období v trvání minimálně 3 měsíců, během něhož jedinci nebrali antidepressiva a jejich skóre MADRS se pohyboval v nedeprativním rozmezí (menší než 6).*“ [Weiland-Fiedler et al., 2004]¹ Zjistili přetrvávající neurokognitivní poruchy především v doménách setrvalé pozornosti. Méně závažné narušení bylo pozorováno u mnemonických a strategických prvků pracovní paměti a psychomotorického fungování. Naopak nedotčená se zdála být vizuální paměť, dlouhodobá verbální paměť a krátkodobá verbální paměť v souvislosti s učením, z čehož autoři vyvozují nenarušené fungování hipokampu. Lze předpokládat, že zatímco narušení plánování, pracovní paměti, vizuálních a verbálních paměťových funkcí, přesouvání pozornosti a učení souvisí s aktuálním stavem („state-related“), narušení setrvalé pozornosti by mohlo mít povahu rysu. Stalo by se tak „trait markerem“ pro velkou depresi. [Weiland-Fiedler et al., 2004]

Paelecke-Habermann et al (2005) zkoumali pozornost a exekutivní funkce u 40 depresivních euthymických pacientů a 20 zdravých kontrolních jedinců. Remisi definovali autoři studie jako období trvající nejméně 3 měsíce, během něhož nejsou naplněna kritéria pro depresi. Ve svém vzorku oddělili pacienty s 1-2 epizodami („mírná skupina“) a pacienty se 3 a více epizodami („závažná skupina“). Výsledky ve třech doménách pozornosti (vizuální orientace, setrvalá pozornost a exekutivní pozornost) potvrdily, že dysfunkční pozornost a exekutivní funkce u depresivních pacientů v remisi přetrvávají. Autoři rovněž zjistili, že „mírná skupina“ a „závažná skupina“ se výkonem nelišily z hlediska pozornosti, exekutivní funkce však byly více zhoršené u „závažné skupiny“ než u „skupiny mírné“.

¹s. 254, překlad autorky práce

[Paelecke-Habermann et al., 2005]

Také Bhalla et al (2006) našli přetrvávající neuropsychologický deficit u depresivních pacientů v remisi. Autoři zjišťovali výkon u 56 nedementních jedinců starších 60 let (s diagnózou nepsychotické unipolární deprese) a 60 zdravých kontrol stejného věku. Respondenti byli vyšetřeni v depresi a poté po jednom roce. Ukázalo se, že 45% depresivních jedinců vykazovalo po roce kognitivní deficit a to i přesto, že se nacházeli v remisi (Ta zde byla definována na základě skóru HAMD ≤ 10)- nejčastěji ve vizuoprostorové orientaci, rychlosti zpracovávání informací a zpožděné paměti. Navíc se u 23% pacientů, kteří v depresi vykazovali normální kognitivní výkon, rozvinulo kognitivní zhoršení po jednom roce. [Bhalla et al., 2006]

5.1. Kognitivní deficit jako „trait-related“ faktor

| Autor, rok | Výsledek | Specifikace | Definice remise |
|--------------------------------|---|--|--|
| Abas et al, 1990 | Přetrvávající kognitivní deficit u starších depresivních pacientů v období úzdravy | Nedostatek klinických důkazů pro demenci | úzdrava |
| Marcos et al, 1994 | Trvalý deficit u okamžité paměti a opožděné vybavení vizuálního a verbálního materiálu | | úzdrava po dobu minimálně 3 měsíců |
| Paradiso et al, 1997 | Přetrvávající neurokognitivní zhoršení u jedinců s depresivní epizodou v minulosti (muži, chronická deprese) | Psychomotorické zpomalení, zhoršená pozornost, inhibice | HAMD \leq 14, bez depresivních symptomů |
| Reischies and Neu, 2000 | U depresivních jedinců nebylo zjištěno zlepšení ve výkonu v neuropsychologických testech | zvláště neverbální paměť a verbální fluence, mírné zhoršení u všech neuropsychologických testů | úzdrava |
| Marvel, Paradiso, 2004 | Kognitivní deficit v remisi přetrvává | Deficit pozornosti a pracovní paměti – může ovlivnit další domény kognitivních funkcí | euthymická fáze deprese |
| Chamberlain, Sahakian, 2004 | Kognitivní deficit v remisi přetrvává | Zpomalené psychomotorické tempo, zhoršená vizuální rozpoznávací paměť a trvalá pozornost | euthymická fáze a úzdrava |
| O'Brien et al, 2004 | U starších depresivních pacientů přetrvával kognitivní deficit po 6 měsících - i u jedinců v plné remisi | Narušení pozornosti, učení, paměti a exekutivních funkcí | MADRS menší než 8 |
| Weiland-Fiedler et al, 2004 | Přetrvávající kognitivní deficit v setrvalé pozornosti | | Období min. 3 měsíců, MADRS menší než 6 |
| Paelecke-Habermann et al, 2005 | Přetrvávající deficit v pozornosti a exekutivních funkcích | Exekutivní funkce zhoršené tím více, čím hlubší deprese | období min. 3 měsíců, během něhož nejsou naplněna kritéria pro depresi |
| Bhalla et al, 2006 | 45% pacientů se zhoršeným neuropsychologickým výkonem během deprese vykazovalo po jednom roce stálý kognitivní deficit. | Pacienti nad 60 let | HAMD \leq 10 |

Tabulka 5.1: Přehled výzkumů potvrzujících přetrvávající kognitivní deficit v remisi

5.2 Kognitivní deficit jako „state-related“ faktor

Existuje menšina studií, ve kterých se naopak přetrvávající kognitivní deficit nepotvrdil, nebo se ukázalo, že se určité funkce vrátily do normálu a jiné ne. Tyto studie naznačují, že je kognitivní deficit ve vztahu k náladě „state-related“, neboli závislý na stavu jedince a tedy přechodný. Jejich stručný přehled uvádíme v tab. č. 5.2.

| Autor, rok | Výsledek | Specifikace | Definice remise |
|----------------------|--|---|--|
| Bazin et al, 1994 | V období úzdravy nebyl zjištěný reziduální deficit implicitní či explicitní paměti (verbální a vizuální) | | úzdrava |
| Butters et al, 2000 | Starší depresivní pacienti vykazovali po léčbě drobná zlepšení kognitivních funkcí. | Přes zlepšení po léčbě se pacienti zdáli být mírně zhoršení především v paměti a v doménách iniciace a perseverace. | HAMD ≤ 10 po nepřetržitou dobu 3 týdnů. |
| Biringer et al, 2005 | Úzdrava z deprese byla doprovázena návratem mnoha aspektů exekutivních funkcí na normální úroveň. | Zhoršení neuropsychologických funkcí u dlouhodobé depresivní symptomatologie je u rekurentní unipolární deprese vratné. | HAMD ≤ 7 |
| Mandelli et al, 2006 | Zlepšený výkon v kognitivních funkcích u pacientů, kteří po 4 týdnech léčby fluvoxaminem vykazovali signifikantní symptomatickou remisi. | Použito: WAIS-R | Symptomatická remise, HAMD ≤ 7 |
| Preiss et al, 2006 | Výkony remitujících depresivních pacientů byly neoslabené vzhledem k normě | Použito: Řazení písmen a čísel, Paměťový test učení, verbální fluence, Trail Making test | MADRS ≤ 12 |

Tabulka 5.2: Přehled výzkumů nepotvrzujících přetrvávající kognitivní deficit u deprese v remisi

Butters et al (2000) zjišťovali kognitivní odpověď na léčbu u geriatrických depresivních pacientů. Výzkumný vzorek tvořilo 45 nedementních depresivních jedinců, kteří dosáhli

remise po 12 týdnech farmakologické léčby, a 20 kontrolních zdravých osob. Remise zde byla definována na základě skóru HAMD ≤ 10 po dobu 3 nepřetržitých týdnů. Bylo zjištěno, že úspěšná farmakologická léčba vede u starších depresivních pacientů s kognitivním deficitem při vstupním vyšetření k signifikantnímu zlepšení kognitivních funkcí. Autoři dospívají k závěru, že starší depresivní jedinci mohou vlivem antidepressivní léčby dosáhnout zlepšení ve specifických doménách kognitivních funkcí, což ovšem neznamená, že se vždy vrátí na normální úroveň fungování (především v paměti a exekutivních funkcích). [Butters et al., 2000]

Překvapivé výsledky vzhledem k převládajícím teoriím zjistili také Biringer et al (2005). Sledovali exekutivní funkce u třiceti pacientů s rekurentní unipolární depresí nejprve v době onemocnění a posléze v částečné či plné úzdavě (Plná úzdava byla definována skórem HAMD ≤ 7 .) Výsledky ukázali, že úzdava z velké unipolární deprese byla spojena se zlepšením mnoha aspektů exekutivních funkcí na normální úroveň. Autoři se proto domnívají, že neuropsychologické zhoršení, které je spojené s dlouhodobou depresivní symptomatologií, je vratné a tedy závislé na aktuálním stavu jedince. [Biringer et al., 2005]

Jiní autoři se zaměřili na výzkum kognitivních funkcí u pacientů s poruchou nálady ve vztahu k časně symptomatické úzdavě. Výzkum spočíval ve srovnání výkonů ve WAIS-R u pacientů, kteří odpovídali na antidepressivní léčbu (fluvoxamin) a u pacientů, kteří na léčbu nereagovali. Respondenti byli vyšetřeni na začátku léčby a následně po čtyřech týdnech. Remise byla definována skórem HAMD ≤ 7 . Pacienti, kteří byli po 4 týdnech léčby v remisi, vykazovali vysoký skóre ve WAIS-R a nízký výskyt kognitivního zhoršení ve srovnání s ostatními pacienty, kteří na léčbu nezareagovali. Tato data podporují tezi, že je symptomatologická úzdava spojena s rychlým celkovým zlepšením kognitivních funkcí. [Mandelli et al., 2006]

Překvapivých výsledků dosáhli také čeští autoři Preiss et al (2006). Ti zkoumali kognitivní výkon pacientů s depresivní poruchou během hospitalizace a v období remise. Remise byla definována skórem MADRS ≤ 12 , dále informacemi od ošetřujícího psychiatra, že pacient má minimální depresivní symptomatiku. Další kritéria představovala schopnost práce a subjektivní výpověď pacienta, že se v posledních 2 měsících cítil dobře a bez příznaků deprese. Autoři zjistili značnou variabilitu kognitivních výkonů u pacientů během hospitalizace, proto upozorňují na riziko jednorázových klinických vyšetření, která zachycují spíše náhodný výkon a ne trvalý trend. Navíc se výsledky neuropsychologických testů u pacientů v remisi blížily normě, což by vypovídalo o přechodném charakteru kognitivního deficitu, který by byl spíše závislý na aktuálním stavu jedince. [Preiss et al., 2006]

5.3 Rehabilitace kognitivních funkcí u deprese v remisi

Zkušenost s prožitou depresí, byť může být ojedinělá, navždy změní život člověka. Přetrvávající kognitivní deficit, je-li nějaký, navíc komplikuje opětovné začlenění jedince do společnosti - především návrat do zaměstnání. Nemožnost fungovat jako dřív zároveň posiluje negativní myšlenky, pocit neschopnosti, selhání, nízkého sebevědomí a tím zvyšuje riziko rekurence depresivní poruchy. Jako by se člověk dostával do bludného kruhu.

Erickson a Burton se věnovali rehabilitaci kognitivních funkcí u chronických psychiatrických pacientů (1986). Jejich cílem bylo posoudit povahu přetrvávajícího deficitu a na jeho základě doporučit konkrétní postupy, které by bylo možné sdílet s psychiatry, psychology, ošetřovateli, členy rodiny a samotnými pacienty. Autoři sestrojili stručný manuál práce s psychiatrickými pacienty demonstujícími kognitivní deficit s cílem naučit je sledovat instrukce, soustředit se, následovat jednotlivé kroky, učit se pamatovat si nové věci, reagovat rychle a flexibilně na události okolí, řešit problémy a mít správný sociální odhad. Manuál obsahuje jak obecné instrukce jako „*posilujte nezávislost pacientů*“, „*opakujte instrukce*“, „*respektujte osobnostní limity*“, apod. , tak konkrétní postupy u jednotlivých oblastí - pozornosti a koncentrace, učení, pamatování, psychomotorického tempa, řešení problémů, impulzivity, rigidity a dalších. [Erickson and Burton, 1986]²

V Čechách se některá pracoviště vedle přímé rehabilitace kognitivních funkcí u psychotiků zaměřují také na další oblasti, které činí pacientům problémy a komplikují jim návrat do běžného života. Například občanské sdružení Baobab se soustřeďuje na „*poskytování podpory v oblasti bydlení, vzdělávání a volnočasových aktivit lidí s psychotickou zkušeností při vypořádávání se s nemocí a jejími důsledky*.“ [Baobab, 2007]³ Nabízejí například program Student pro lidi v rané fázi psychotického onemocnění, kteří by se chtěli vrátit ke studiu. Takovým klientům vedle přímé rehabilitace kognitivních funkcí nabízejí například i program zvládání stresu.

Podobné služby poskytuje občanské sdružení Green Doors. Ti se zabývají pracovní a sociální rehabilitací lidí, kteří onemocněli schizofrenií - zaměřují se především na práci s mladými, krátkodobě nemocnými klienty, kteří chtějí překonat krizi způsobenou nemocí a zařadit se co nejrychleji do běžného života. [GreenDoors, 2007]

Zatímco rehabilitace kognitivních funkcí u psychotiků je dnes poměrně častá a známá, specifická rehabilitace kognitivního deficitu u deprese zatím neexistuje. Preiss et al, kteří se tomuto tématu věnují, doporučují následující postup:

- Neuropsychologickým vyšetřením zjistit přítomnost/nepřítomnost deficitu - objektivně i subjektivně

²s.28 - 31

³<http://www.osbaobab.cz/index.php?lang=cz>

- Hledat cesty ke kompenzaci případného deficitu - užívání pomůcek jako jsou diáře, záznamníky, plánování činností
- Přizpůsobit případnému deficitu psychoterapii
- Opakovaně měřit deficit

6

Kvalitativní výzkum u deprese

Všechny studie, které jsme výše citovali, jsou primárně kvantitativní. Jelikož náš vlastní výzkum využívá kvalitativní metodiku, rozhodli jsme se zařadit tuto kapitolu, kde se pokusíme podrobněji nastínit metodiku a výsledky některých kvalitativních výzkumů týkajících se deprese.

Jeden z novějších výzkumů se zabývá otázkou, jak dokáží ženy a muži vyjádřit svou emocionální tíseň a zda mezi nimi existují rozdíly či shody ve strategiích, které vnímají jako užitečné ze strany odborníků. [Emslie et al., 2007] Autoři provedli hloubkové narativní rozhovory celkem s 38 respondenty (s 22 ženami a 16 muži). Všichni respondenti byli starší 18 let, prožili depresi (většina z nich zažila více epizod či prodlouženou epizodu deprese a zhruba polovina byla dříve hospitalizována pro depresi nebo mánii) a aktuálně se cítili natolik dobře, že mohli podat rozhovor. Rozhovory byly nasbírány s využitím depresivního modulu DIPEX (osobní zkušenosti zdraví a nemoci). Otevřená interview se zaměřovala na témata, která se zdála být pro respondenty důležitá. V první řadě byli vyzváni, aby vyprávěli vlastní příběh o tom, jak se vyvinula jejich deprese. Dále se výzkumníci zaměřili například na tyto oblasti: život před depresí, časové období, kdy se věci „nezdály být úplně v pořádku“, zkušenost s depresí, společenský dopad deprese, vyhledávání pomoci a osobní strategie zvládání.) Rozhovory trvaly od 90 do 180 minut a byly nahrávány na audio či video nosič. Analýza rozhovorů probíhala ve dvou fázích: V první fázi se identifikovala témata na základě přístupu „modifikované grounded theory“ a vytvořila se souhrnná tabulka klíčových rysů všech rozhovorů. Ve druhé fázi jiná skupina analyzandů analyzovala data za účelem zodpovězení otázek „Je zde doklad o tom, že ženy dokáží o depresi mluvit, zatímco muži ne? Nacházejí se zde shody či rozdíly ve strategiích, které byly pro respondenty užitečné ze strany odborníků?“ Z výzkumu vyplynulo, že mezi pohlavími existují shody i rozdíly. Jak muži, tak ženy uvedli, že pro ně bylo složité rozpoznat psychické problémy a mluvit o nich, což mělo dopad na jejich schopnost komunikovat s odborníky. Hlavní rozdíl byl shledán v tom, že zatímco muži si cenili u odborníků těch schopností, které jim pomohli mluvit, ženy vítaly spíše „naslouchací“ schopnosti. Muži chtěli dostat praktické výsledky terapie, nevyhovovali jim přístupy založené „pouze na mluvení“. Také v rámci obou skupin byly shledány rozdíly - někteří z respondentů upřednostňovali blízký osobní vztah s odborníkem, zatímco u jiných stejný vztah představoval překážku v komunikaci a preferovali „mluvit s cizincem“. Celkově bylo zjištěno, že u depresivních jedinců neexistuje přímý vztah mezi pohlavím a způsobem

práce s odborníky. [Emslie et al., 2007]

Cornford et al (2007) objevili na základě 23 polostrukturovaných rozhovorů s depresivními jedinci významný rozdíl mezi pohledem pacientů na depresivní symptomy a běžným medicínským přístupem. Přístup k depresi ve stylu „lěčby nemoci“ pacientům nevyhovuje, neboť tím ztrácejí kontrolu a vlastní identitu. Pacienti naopak využívají širokého okruhu technik k zvládání své nemoci - například podporu druhých, zapojení se do aktivit, atp. Tyto techniky mohou být využity jako alternativy ke klasické antidepresivní medikaci. [Cornford et al., 2007]

Skärsäter et al (2003) se ve své studii podívali na depresi z hlediska salutogenetického přístupu. Salutogeneze je vnímána jako opak patogeneze, tedy namísto zjišťování, proč jedinec onemocní, se ptáme, proč někdo jiný nemoc nedostane, případně jak ji zvládá. Cílem bylo popsat ženské koncepty zvládání velké deprese (MDE) v každodenním životě. Vzorek tvořilo třináct švédsky mluvících žen, které byly v minulosti hospitalizované pro velkou depresi. Závažnost deprese byla hodnocena za pomoci dotazníku MADRS. Autoři využili metodu fenomenografického výzkumu. Jedná se o kvalitativní přístup, který se snaží popsat, analyzovat a porozumět lidské zkušenosti. Fenomenografie je tedy „*proces popisující různé specifické fenomény tak, jak se jeví a vytvářejí smysl*“. [Skärsäter et al., 2003]¹ Rozhovor se skládal z následujících otázek: Co by pro Vás znamenalo být „osvobozená od deprese“? Co Vám pomůže uzdravit se z deprese? Jak vidíte své šance cítit se dobře i v budoucnosti? Jak by Vám mohla pomoci Vaše rodina, abyste zůstala zdravá? Rozhovory trvaly v průměru 55 minut a byly nahrány na audio nosič a následně přepsány. Analýza proběhla ve čtyřech fázích: Zkušenost fenoménu jako skutečný akt pochopení, analýza popisu, identifikace konceptů a formulace kategorií. Nejprve dva z autorů přečetli všechny texty s pocitem „otevřené mysli“, tak aby co nejlépe porozuměli, co v nich je vyjádřeno. Výroky byly dále analyzovány a kategorizovány podle shod a rozdílů, jak se daný fenomén informantům jevil. Tyto shody a rozdíly poté byly shlukovány do vzorců. Nakonec se výzkumníci zaměřili na vztahy mezi kategoriemi tak, aby byly stanoveny atributy každé z nich a současně rysy, které jednotlivé kategorie odlišují. Autoři se shodli na čtyřech popisných kategoriích: Samoléčba, Řízení, Dostávání sociální podpory a Nalezení smyslu. V popisu cesty ven z deprese si ženy musely vytrpět období přechodu či změny, zahrnující jak rozumové, tak citové pochopení. [Skärsäter et al., 2003]

Karp (1993) se zabýval symbolickými významy, které si depresivní jedinci spojují s antidepresivní medikací. Ve své studii se zaměřil na celkovou subjektivní zkušenost jedinců s depresí. V první fázi (trvající přibližně rok a půl) prováděl pozorování depresivních jedinců na svépomocných skupinách. Identifikoval klíčová témata, jimiž se respondenti zabývali - potíže při určení správné diagnózy problému, hodnocení vlastní zodpovědnosti na vzniku deprese, hodnocení efektivity práce terapeutů a interpretace zkušeností s psychotropními léky. Dále nasbíral 20 hloubkových rozhovorů (v trvání od jedné do dvou hodin) s jedinci, jenž měli dlouhodobou zkušenost s depresí. Každý rozhovor začal otázkou, jejímž zámě-

¹s.422; překlad autorky práce

rem bylo vysledovat historii subjektivní zkušenosti s depresí od prvního momentu, kdy respondenti poznali, že je s nimi něco v nepořádku. Z hlediska významů spojovaných s antidepressivní medikací byly zjištěny 4 fáze socializačního procesu podobné náboženské konverzi - prvotní odpor, zkušební závazek, konverze a rozčarování. [Karp, 1993]

Kvalitativní analýzu procesu psycho-edukativní intervence u depresivních žen provedli Lara et al (2004). Vycházeli přitom z Yalomovi hypotézy, že psycho-edukativní intervence budou efektivnější, pokud se více zaměří na interpersonální procesy. Analýza měla mimo jiné odhalit signifikantní terapeutické mechanismy, jež probíhají ve skupinové terapii. Výzkum probíhal ve 2 dvouhodinových sezeních týdně organizovaných kolem edukačního materiálu. Skupina 93 žen byla rozdělena do osmi skupin, v každé z nich byl skupinový facilitátor. Během úvodního sezení byla skupina seznámena se strukturou intervence, další sezení byla věnována četbě materiálu a následné diskuzi a rozboru. Všechna sezení byla nahrána na audio nosič, přepsáno bylo pak 30 minut z každého sezení (sezení bylo rozděleno na části po 10 minutách a z nich byly poté náhodně vybrány 3 části). Na základě analýzy bylo definováno pět hlavních kategorií skupinového procesu: Ustanovení pravidel, edukační výměna, zkušenostní výměna, reflexivní práce navržená pro dosažení kognitivní a behaviorální změny a limity výměnného procesu. [Lara et al., 2004]

6.1 Kvalitativní výzkum kognitivního deficitu u deprese

Kvalitativní výzkum kognitivních funkcí u depresivních jedinců nebyl dosud v českých podmínkách realizován. Ačkoliv existuje nespočetně studií, jež využívají metodiku kvantitativního výzkumu ke zkoumání kognitivních funkcí, o kvalitativní aspekt kognice se autoři zajímají velmi zřídka. Přitom bylo potvrzeno, že je výkon v neuropsychologických testech velmi variabilní a z jednoho měření proto nelze vyvozovat obecné závěry. [Preiss et al., 2006] Přesto právě takto většina výzkumů probíhá.

Stranou zájmu bývá rovněž subjektivní posouzení vlastního kognitivního výkonu od samotných pacientů. Někteří autoři toto hledisko zmiňují, informace však získávají kvantitativní metodou. Lahr, Beblo a Hartje (2007) například srovnávali objektivní výkon 15 depresivních jedinců v neuropsychologických testech s jejich subjektivními stížnostmi (sebehodnotící dotazníky) a s posouzením pacientů jejich blízkými (hodnocení pozorovatelů). Data sbírali v akutní fázi nemoci jako i v remisi. Ukázalo se především, že subjektivní stížnosti na zhoršení kognitivní funkce a s tím spojené problémy v každodenním životě převyšují výsledky v neuropsychologických testech. Tento jev může být způsoben negativní sebe-percepcí pacientů. [Lahr et al., 2007]

Kvalitativní metoda sice ve výzkumu kognitivních funkcí použita byla, avšak u schizofrenie, nikoliv u deprese. Autoři srovnávali pohled psychotického klienta na svůj vlastní život s hodnocením odborníků. Prováděli rovněž komparaci údajů z vyšetření kognitiv-

ních funkcí se subjektivním hodnocením pacienta. Vedle kvantitativních metod tak byla ve výzkumu využita metoda volného rozhovoru - pacienti byli vyzváni, aby vyprávěli svůj životní příběh, přičemž výzkumníci do vyprávění nezasahovali. Aktuální kognitivní schopnosti byly zjišťovány jak z obsahu vyprávění, tak z pozorování. Z hlediska kognitivního deficitu nebyla zjištěna přímá souvislost s obsahem příběhu, autoři však poukázali na nápaditost plynoucí z pozorování - respondent přinesl z domova „tahák“ (připravoval se doma, aby nezapomněl na nic, co chtěl říct), často ztrácel linii vyprávění, nechával se vyrušit drobnými podněty, byly shledány rozdíly v časové lokalizaci vyprávění a konečně sám si na svou paměť stěžoval. [Kukolová and Preiss, 2005]

Kvalitativní prvky použila okrajově Dušánková ve své diplomové práci. Ačkoliv byl její výzkum kognitivních funkcí u deprese primárně kvantitativní, uvádí informace z polostrukturovaných rozhovorů se šesti respondenty. Krátký rozhovor vždy předcházel samotné testování a autorka se v něm zaměřovala na otázky týkající se kognitivních funkcí v průběhu onemocnění i v remisi (té však dosáhly pouze dvě respondentky). Ptala se hlavně na školu, zájmy, výkonnost v průběhu života, zjišťovala srovnání s ostatními lidmi a proměny výkonnosti během nemoci. Dále ji zajímalo, kterou složku respondenti vnímali jako nejnarušenejší a jaká cítili omezení v běžném životě. Rozhovory nejsou prezentovány ve formě přepisu, autorka je pouze shrnuje a dokresluje jimi výstupy z kvantitativní fáze rozhovorů. Pět ze šesti respondentů pociťovalo během deprese narušení kognitivních funkcí, obzvláště paměti, což se často negativně odráželo v jejich pracovním životě. Podle výpovědi respondentek, jež dosáhly remise, zmizel subjektivní pocit narušení kognitivních funkcí současně s uzdravováním se z deprese. [Dušánková, 2006]

Část II

Empirická

V teoretické části jsme se věnovali problematice kognitivního deficitu u depresivního onemocnění. Shruli jsme některé studie, které se pokoušeli s pomocí kvantitativní metody odhalit případný kognitivní deficit jak u pacientů v akutní fázi onemocnění, tak v remisi. Zařadili jsme také kapitolu, jež se podrobněji věnuje několika kvalitativním výzkumům s depresivními jedinci.

Již v závěru teoretické části jsme zmínili, že jsme se v pátrání po tematických studiích nesetkali s výzkumem na kognitivní deficit u unipolární depresivní poruchy, kde by byla cíleně využita kvalitativní metoda. V tomto směru se tedy na těchto stránkách pouštíme do neznámých vod.

Náš výzkum si klade otázku, jak vypadá úroveň kognitivních funkcí u depresivních pacientů v remisi. Důraz přitom klademe na vlastní subjektivní posouzení ze strany jedinců, kteří za sebou mají zkušenost prožité unipolární depresivní poruchy. Nemáme žádnou předem danou hypotézu, z tohoto důvodu využíváme kvalitativní metodu.

Při vytváření koncepce výzkumu a jeho následné analýzy jsme čerpali především z Miovského [[Miovský, 2006](#)]

7.1 Vymezení pojmů

- Remise

Klíčový pojem naší studie je remise. Chápeme ji jako aktuální stav depresivních symptomů, který je vyjádřen skórem ve škále MADRS menším než 12 bodů.

- Kognitivní deficit

Pod pojmem kognitivní deficit rozumíme takovou úroveň zkoumaných kognitivních funkcí (paměť, učení, vůle, rozhodování, pozornost a soustředění, psychomotorické tempo), kterou respondenti sami udávají jako zhoršenou ve srovnání s obdobím před depresí.

7.2 Soubor

Do souboru byli zařazeni pacienti Psychiatrického centra Praha (dále jen PCP), u nichž se v průběhu života vyskytla diagnóza unipolární depresivní poruchy (dále jen deprese nebo unipolární deprese). Pro výzkum byla použita metoda záměrného výběru [Miovský, 2006]. Respondenti se již dříve účastnili kvantitativních výzkumů na kognitivní funkce. Při posledním výzkumu, jenž proběhl na jaře roku 2007 (v té době se nacházeli ve fázi remise), jim byla nabídnuta možnost pokračovat v navazujícím kvalitativním výzkumu. Všichni udělili souhlas, abychom je kontaktovali.

Rozhovor byl realizován celkem se šesti respondenty (1 mužem a 5 ženami) ve věku 52 až 66 let. Pro výběr byla stanovena tato kritéria:

- pacienti Psychiatrického centra Praha
- během života prožili unipolární depresi
- v době rozhovoru nebyli hospitalizováni
- na jaře roku 2007 a současně v době rozhovoru se nacházeli v remisi ($\text{MADRS} \leq 12$)

Složení výzkumného souboru uvádíme v tab. 7.1. Jedna respondentka nesplnila požadavek remise (její skóre na škále MADRS byl 21 bodů), musela být proto ze souboru vyloučena.

| Jméno | Věk | Diagnózy | Zaměstnání | Léčba | MADRS |
|---------|-----|--|---------------------------|---------------|---------|
| Sára | 60 | F43.20, F33.1, F33.4 | Překladatelka, v důchodu | Hospitalizace | 9 bodů |
| Eliška | 50 | F33.4, F33.0, F33.1 | Právnička | Hospitalizace | 8 bodů |
| Milan | 66 | F32.3 | Programátor, v důchodu | Hospitalizace | 9 bodů |
| Barbora | 52 | F40.0, F41.2, F43.2, F33.1, F33.0 | Programátorka, referentka | Ambulance | 7 bodů |
| Jitka | 56 | F33.1, F41.1, F41.0, F43.0, F33.1, F33.0, F33.4, F41.2 | Úřednice ve státní správě | Hospitalizace | 8 bodů |
| Helena | 57 | F40.1, F41.2, F33.0, F33.1, F33.4 | Projektantka | Hospitalizace | 21 bodů |

Tabulka 7.1: Výzkumný soubor

7.2.1 Údaje z psychiatrických vyšetření

Vzhledem k tomu, že všichni respondenti byli v průběhu svého onemocnění v kontaktu s PCP, uvádíme níže stručné údaje z psychiatrického vyšetření, případně z průběhu ambulantní léčby či hospitalizace.

Sára

- Paní Sára přišla do PCP poprvé v únoru 1998, byl to její první kontakt s psychiatrií vůbec. Psychické potíže začala pociťovat v souvislosti s vážným onemocněním manžela, složitou péčí o něj a nakonec jeho úmrtím. Současně byla propuštěna vlivem reorganizace společnosti z práce. Problémy se u ní zpočátku projevovaly především somatickými obtížemi (zvracení, bolesti žaludku, nechutenství, nespavost, záchvaty dušení). Stručné údaje uvádíme v tabulce 7.2 na následující straně.

| Jméno | Sára |
|------------------------------|---|
| Charakteristika | V popředí syndrom únavy, večerní pessimismus, poruchy usínání, časté probouzení, sebeobviňování, somatické příznaky |
| Datum prvního kontaktu s PCP | únor 1998 |
| První diagnóza | Krátkodobá depresivní reakce - porucha přizpůsobení (F43.20) |
| Způsob péče | Medikace, podpůrná psychoterapie. Zpočátku ambulantně, dále 2 hospitalizace říjen 2005 a prosinec 2005 |
| Medikace | Portal, Rohypnol, Fevarin, Rivotril |
| Poslední diagnóza | Periodická depresivní porucha v remisi (F33.4) |

Tabulka 7.2: Data z PCP - paní Sára

Eliška

- Paní Eliška se poprvé dostala do PCP po pokusu o sebevraždu v roce 1986, kdy zde byla hospitalizována pět týdnů. Zhruba po roce se do stejného stavu dostala znovu a byla na neschopence doma. Od té doby je medikována a deprese se v takové míře už neobjevila. Její deprese má podle lékařů endogenní charakter, nebyla zjištěna žádná možná příčina. Stručné údaje uvádíme v tabulce 7.3.

| Jméno | Eliška |
|------------------------------|---|
| Charakteristika | Potíže se u ní projevují vnitřním napětím, neklidem, chvěním. Při počátcích nemoci zhruba ve 24 letech cítila zhoršení především na podzim a na jaře, aktuálně je to horší v létě a zimě. |
| Datum prvního kontaktu s PCP | rok 1986 |
| První diagnóza | Periodická depresivní porucha, fáze středně těžká (F33.1) |
| Způsob péče | Medikace; Hospitalizována pět týdnů po pokusu o sebevraždu, poté jen ambulantně. |
| Medikace | Neurol, Efectin, Seroquel, Livial, Zoloft, Stilnox |
| Poslední diagnóza | Periodická depresivní porucha v remisi (F33.4) |

Tabulka 7.3: Data z PCP - paní Eliška

Milan

- Poprvé se dostal do kontaktu s PCP v roce 1998, kdy zde byl hospitalizován. Potíže začal pociťovat v souvislosti s novým zaměstnáním. Zpočátku u něj převažovaly tenze, pocity sebeobviňování, později se objevily paranoidní představy. Po propuštění stacionář a poté docházel již jen ambulantně, deprese se v takové míře nevrátily. K dekompenzaci dochází v souvislosti s onemocněním jeho ženy, která se léčí na schyzoafektivní psychozu. Stručný přehled uvádíme v tabulce 7.4.

| Jméno | Milan |
|------------------------------|--|
| Charakteristika | Příznaky velké tenze, časté pláče bez příčiny, nevykonnost, autoakuzace, nesoustředěnost, poruchy provozní paměti, tlak řeči, zabíhavost, strach z nemoci. |
| Datum prvního kontaktu s PCP | únor 1998 |
| První diagnóza | Těžká depresivní fáze s psychotickými příznaky (F32.3) |
| Způsob péče | Hospitalizace, dále jen ambulantně. Medikace, intensivní individuální a skupinová psychoterapie, KBT. |
| Medikace | Fevarin, Thioridazin, Haloperidol, Chlorprothixen, Stelazine, Tritace, Plendil, Zocor, Xanax, Neurol, Rohypnol, Nitrazepam, Stilnox |
| Poslední diagnóza | Periodická depresivní porucha v remisi (F33.4) |

Tabulka 7.4: Data z PCP - pan Milan

Barbora

- Paní Barbora přišla do PCP poprvé v roce 1992, kdy trpěla panickými atakami a agorafobií. Panické záchvaty poté odezněly, přetrvávala však agorafobie - Barbora se vyhýbala náměstím, neznámým ulicím, obchodním domům, atd. V roce 1999 proto docházela do denního sanatoria. Deprese se objevily teprve v souvislosti s tragickým úmrtím syna, od té doby nepracuje a dochází ambulantně do PCP. Stručné údaje uvádíme v tabulce 7.5 na následující straně

| Jméno | Barbora |
|------------------------------|---|
| Charakteristika | Původně úzkostná, po nástupu deprese zvýšená únavnost, nesamostatnost, obavy z větší zátěže, závislost na okolí |
| Datum prvního kontaktu s PCP | rok 1992 |
| První diagnóza | Agorafobie bez panické poruchy (F40.0) |
| Způsob péče | Ambulantně, denní stacionář; Medikace, skupinová psychoterapie, KBT |
| Medikace | Zoloft, Stilnox |
| Poslední diagnóza | Dystymie (F34.1) |

Tabulka 7.5: Data z PCP - paní Barbora

Jitka

- Deprese se u paní Jitky objevily v souvislosti s přechodem a hormonálními změnami. Po několika stresových událostech hospitalizována a medikována velkým množstvím léků, což ji nepomohlo. Poté se dostala do PCP, kde dostala jiné léky a ty jí zabraly. Od té doby dochází pouze ambulantně. Stručné údaje uvádíme v tabulce 7.6

| Jméno | Jitka |
|------------------------------|---|
| Charakteristika | Poruchy spánku, záchvaty pláče, |
| Datum prvního kontaktu s PCP | Rok 2001 |
| První diagnóza | Periodická depresivní porucha, fáze středně těžká (F33.1) |
| Způsob péče | Hospitalizace, poté ambulantně. Medikace. |
| Medikace | Wellbutrin, Neurol, Trittico |
| Poslední diagnóza | Směšená úzkostně depresivní porucha (F41.2) |

Tabulka 7.6: Data z PCP - paní Jitka

7.3 Metoda

7.3.1 Koncepce výzkumu

Naším výzkumným cílem bylo hlouběji prozkoumat oblast kognitivních funkcí u depresivních jedinců v remisi. Tyto funkce již byly v minulosti mnohokrát měřeny především výkonovými testy. Přitom bylo zjištěno, že výkonnost v testech může být velmi variabilní. Svou roli zde hraje řada nežádoucích proměnných, jako je aktuální fyzický i psychický stav jedince, prostředí, motivace respondentů k výkonu, atd. V naší studii jsme se chtěli

zaměřit především na subjektivní výpovědi respondentů na téma vlastních kognitivních funkcí. Kvantitativní výzkumy se o tuto stránku příliš nezajímají, nebo jen okrajově, data z kvalitativních výzkumů proto k hlubšímu porozumění kognice u deprese chybí. My naopak předpokládáme, že tato sdělení mají velkou výpovědní hodnotu. Cenným zdrojem poznatků bylo též pozorování jedinců během rozhovoru - jak se chovají, jak mluví, jak se dokáží soustředit, jak si pamatují otázky, a podobně.

Na základě výsledků některých studií jsme očekávali, že:

- Lidé s prožitou depresí, aktuálně v remisi, pociťují sníženou úroveň svých kognitivních funkcí (jmenovitě paměti, učení, vůle, rozhodování, pozornosti a psychomotorického tempa) ve srovnání s obdobím před depresí.
- Remitující pacienti by uvítali možnost rehabilitace kognitivních funkcí.

Jako klíčovou metodu jsme zvolili semistrukturovaný rozhovor. Tuto metodu považujeme za nejvhodnější vzhledem k cílům studie, navíc máme se semistrukturovaným rozhovorem již určité zkušenosti z předchozích výzkumů. Jádrem rozhovoru (hlavní otázky, které jsme se všemi respondenty chtěli probrat) jsme tvořili během delšího časového období, docházelo tedy k postupným úpravám okruhu otázek tak, abychom získali co nejpresnější data. Snažili jsme se přitom vycházet od obecného ke konkrétnímu. Na úvod jsme zvolili volné povídání o zkušenostech s depresí, předpokládali jsme, že se tak podaří lépe navázat kontakt s respondenty a informace, které získáme, budou bohatší. Toto očekávání se skutečně potvrdilo, všechny rozhovory proběhly v přátelské a neformální atmosféře. Následovaly obecné otázky týkající se úrovně kognitivních funkcí - paměti, schopnosti učení, vůle, rozhodování, pozornosti a soustředění a psychomotorického tempa. K daným oblastem jsme vždy porovnávali aktuální úroveň a úroveň před onemocněním. Po položení obecné otázky jsme se snažili doptávat na podrobnosti, konkrétní situace dokreslující výpovědi respondentů, příklady, apod. Dále jsme respondenty vyzvali, aby svou aktuální a dřívější úroveň jednotlivých funkcí zhodnotili na škále od nuly do deseti. Stejnou škálu jsme použili i na zhodnocení aktuální míry deprese. V závěru jsme respondentům položili ještě několik doplňujících otázek. Výslednou podobu návodu k rozhovoru uvádíme v příloze. Se všemi respondenty byla rovněž vyplněna škála MADRS - údaje o remisi jsme tedy měli jak na základě standardizované metody, tak vlastního sebezpozování pacientů.

7.3.2 Sběr dat

Data byla sbírána v průběhu září a října 2007. Vycházeli jsme ze seznamu pacientů, kteří dali při posledním výzkumu na jaře 2007 souhlas k účasti v dalších studiích a současně byli v té době v remisi. Jednalo se ve všech případech o klienty PCP s diagnózou unipolární deprese v anamnéze.

Každému rozhovoru předcházel telefonický kontakt, při němž byli respondenti předběžně seznámeni s cíly, účelem a průběhem výzkumu. Vyslechli si úvodní informace přibližně v tomto znění:

Jsem studentka psychologie v posledním ročníku a ráda bych s Vámi udělala kvalitativní výzkum. Nebudou to žádné testy, jen takové povídání o tom, jak vy subjektivně vnímáte svou úroveň kognitivních funkcí, to znamená paměti, učení, vůle, a podobně. Mým účelem je zjistit, zda existuje vliv depresivního onemocnění na Vaše kognitivní funkce v období, kdy už se cítíte zdraví. Rozhovor bude trvat maximálně do jedné hodiny, v závěru s Vámi provedu ještě test MADRS, který už asi znáte. Zjišťuje aktuální stav deprese. Výsledky budou sloužit pouze k účelům mé diplomové práce a mohly by být také publikovány v odborných člancích. Data budou anonymní, změním Vaše jména a vymažu všechny informace, podle kterých byste mohli být identifikováni. Ráda bych si celý rozhovor nahrála na diktafon, abych ho poté mohla přepsat do písemné podoby. Dovolíte mi to?

Čtyři jedinci si vybrali jako místo rozhovoru prostory PCP, s jednou ženou jsme se sešli u ní doma a další žena zvolila pro rozhovor kavárnu. Rozhovory trvaly od 38 do 58 minut, průměrně okolo 50 minut. Všichni respondenti podepsali informovaný souhlas (formulář k nahlédnutí viz příloha) a souhlasili s tím, že se rozhovor bude nahrávat na audio nosič.

Na závěr setkání jsme administrovali škálu MADRS. Účastníkům byla nabídnuta možnost písemné zpětné vazby v podobě textu shrnujícího výsledky výzkumu a srovnání jednotlivých respondentů. Všichni nabídku přijali. Žádnému z respondentů nebyla za účast ve výzkumu poskytnuta finanční odměna.

Data se podařilo nasbírat v přátelské atmosféře, dle našeho názoru se respondenti cítili uvolnění a většina z nich se na závěr svěřila, že je naše „povídání“ bavilo.

7.4 Analýza dat

Pro kontrolu validity jsme ve fázi analýzy dat zvolili triangulaci analyzandů. Transkripce jednotlivých rozhovorů analyzovali nezávisle na sobě tři osoby - autorka a dva pomocníci. Jednalo se o blízké přátele výzkumníka, nepсихology s VŠ vzděláním technického a přírodního směru (viz níže).

- Analyzand A - autorka
- Analyzand B - pomocník autorky, muž, 25 let, absolvent Matematicko-fyzikální fakulty Univerzity Karlovy
- Analyzand C - pomocnice autorky, žena, 25 let, absolventka Českého vysokého učení technického

Autorka současně prováděla sběr dat a osobně se s jednotlivými respondenty setkala, osoby B a C znali pouze transkripci rozhovorů. Bylo proto nutné sjednotit v rámci možností výchozí podmínky pro analýzu. K tomuto účelu jsme vypracovali návod k analýze, jímž se všichni tři analyzandi měli za úkol řídit. Při analyzování textu jsme vycházeli z principu zakotvené teorie [Miovský, 2006]. Základními kroky k analýze byly procesy kódování, kategorizace a konečně vyvozování závěrů spojené s komentáři, interpretací a doplňováním. Návod k analýze uvádíme v následující části.

Na analýzu měli všichni tři analyzandi týden. Během této doby nesměli o průběhu analýzy a jejích výsledcích mluvit. Na závěr proběhla osobní schůzka a diskuze formou obhajob a obžalob, tj. analyzandi se snažili vzájemně zpochybnit výsledky druhých a současně obhájit ty své. V rámci tohoto procesu bylo nutné podložit svá tvrzení důkazy a vycházet skutečně pouze z textu. Prostor byl otevřený také interpretacím, prvním dojmům, komentářům apod. Vycházeli jsme z přesvědčení, že analýza je vždy subjektivní a nelze zcela potlačit individualitu každého analyzanda. Proto je lepší si tento fakt připustit a zveřejnit i tento druh dat. Domníváme se, že konečné výsledky jsou tak mnohem průhlednější.

7.4.1 Návod k analýze

Úvodní fáze

Nejprve si pozorně přečtete každý rozhovor zvlášť, pokuste se přitom být otevření a vnímají k tomu, co respondent skutečně říká. Bezprostředně po přečtení rozhovoru napište několik vět „prvního dojmu“ z rozhovoru, tj. co Vám nejvíce utkvělo, co Vás k tomu napadá, apod. Toto prosím proveďte se všemi rozhovory.

Analýza

Nyní si přečtete celý přepis všech rozhovorů najednou. V analýze budete pracovat s celým přepisem (textem), jako by to byl jediný celek. V krocích 1 a 2 se pokuste držet skutečně pouze textu, potlačte vlastní asociace, interpretace, a podobně. Nemělo by se zde vyskytnout nic, co respondent přímo neřekl.

- Kódování aneb objevování kategorií

Přiřaďte k částem textu klíčová slova nebo symboly, aby byla možná snadnější a rychlejší práce s těmito částmi - můžete například části tvořící významové jednotky podtrhávat.

Příklad:

V: „Zeptám se nejdřív jak byste popsala fungování Vaší paměti...v tuhle dobu, poslední dobou.“

R: „No...já si myslím, že je to teď v pořádku a určitě na to má vliv to, že nemám tu zátěž takovou...pracovní. Třeba při tlumočení je to samozřejmě nápor, kdy se člověk musí absolutně soustředit, a tam jsem cítila, že mně skutečně chybí, jo, že mám ten výpadek, dřív jsem taky tlumočila, ale ta slova prostě přicházela snadněji.“

Nyní se pokuste významové jednotky shlukovat do větších částí či celků na základě podobností. Například když u více respondentů objevíte, že mluví o práci, vytvořte subkategorii práce a do ní zařaďte (zkopírujte) všechny výroky o práci. Jiná subkategorie může být „kognitivní funkce, které jsou teď v pořádku.“ Pro přehlednost můžete také tyto subkategorie v textu barevně označit. Subkategorie se pokuste nazvat co nejpresnějším výrazem, může to být třeba i slangový výraz, který použil někdo z respondentů. Nenazývejte je příliš obecnými, odcizenými pojmy.

Takto pracujte s celým textem, až budete mít dojem, že jste našli všechny možné subkategorie.

- Kategorizace

Procházejte si nyní Vámi vytvořené subkategorie a vzájemně je srovnávejte, hledejte další spojitosti či rozdíly. Cílem je, abyste z nich dalším shlukováním vytvořili kategorie, které se nebudou překrývat. I tyto kategorie se pokuste nazvat přiléhavým názvem nebo větou.

- Komentování, interpretace, doplňování

Ke každé kategorii nyní můžete připsat další doplňující informace, komentáře, apod. Můžete uvést také vlastní interpretaci daných jevů a co vás k tomu dále napadá. Na rozdíl od předchozích kroků, kde jste se maximálně drželi textu a potlačovali vlastní nápady a asociace, zde můžete všechny tyto myšlenkové pochody zmínit.

- Zaslání analýzy autorovi, vzájemné porovnání vytvořených kategorií a diskuze

Poté, co shromáždíme všechny tři analýzy, můžeme o výsledcích diskutovat, doplňovat je, apod. Výsledkem bude celková analýza vycházející z dat od tří nezávislých analyzandů.

8.1 Remise u respondentů - výsledky MADRS a se- beposuzovací škály

Z celkem šesti respondentů, kteří se účastnili výzkumu, pouze pět dosáhlo plné remise podle kritéria uvedeného v metodologické části (tj. MADRS menší než 12). Vedle škály MADRS byli respondenti v závěru rozhovoru vyzváni, aby zhodnotili svůj aktuální stav z hlediska deprese na škále od 0 (okamžik v depresi, kdy jim bylo nejhůř) do 10 (zcela vyléčen/vyléčená z deprese). Pro určení remise nebylo stanoveno kritérium času, po který se respondenti cítí být v daném stavu, přesto jsme se na tuto skutečnost ptali a uvádíme ji (z hlediska sebeposouzení, nikoliv MADRS). Celkové výsledky respondentů v souvislosti s remisí jsou k dispozici v tab. 8.1

| Jméno | MADRS (0-60) | Sebeposouzení (0-10) | Sebeposouzení po dobu |
|---------|--------------|----------------------|-----------------------|
| Sára | 9 | 10 | půl roku |
| Eliška | 8 | 10 | 3-4 týdny |
| Milan | 9 | 7-8 | rok |
| Barbora | 7 | 7 | ? |
| Jitka | 8 | 8-9 | ? |

Tabulka 8.1: Výsledky škály MADRS a sebeposuzovací stupnice

8.2 Profily jednotlivých respondentů a první dojmy

Úvodní fáze analýzy, tedy pročtení každého rozhovoru zvlášť a zapsání prvního dojmu se nutně muselo lišit u autorky (A) a osob B a C. Abychom zaznamenali výsledky analýzy co nejpoctivěji, u osoby A uvádíme současně údaje z pozorování, které provedla již v průběhu rozhovoru. Autorka četla rozhovory „jinýma očima“ nežli B a C, neboť si mohla představovat danou osobu a její neverbální komunikaci během rozhovoru podle skutečnosti.

Paní Sára

Paní S. uvádí, že hlavním spouštěcím mechanismem původního problému (nespavost) byla nemoc a následná smrt manžela (před 15 lety). Manžel umíral doma, ona se o něj starala, byla vyčerpaná a narušila si spaní. Když muž zemřel, po této stránce se jí ulevilo, ale bylo to pouze přechodné (zhruba na 3 měsíce). Chvilí mohla spát, ale po určité době se problémy se spánkem vrátily. V té době pracovala jako asistentka generálního ředitele, který byl Holanďan, mluvila s ním pouze anglicky - to pro ni představovalo celodenní nápor. Přidružily se i zdravotní potíže (například se žaludkem). Léčila to prostředky na spaní. Jednoho dne jí „došel dech“ a skončila v pražském psychiatrickém centru. Byla medikována Fevarinem a nadále brala i prášky na spaní (i v průběhu dalších dvou až tří let). Poté následovala další zátěž: Onemocněl její otec, který nakonec zemřel, stejně jako dva psi, se kterými měla úzký vztah (jeden byl otcův, druhého dostala od manžela). Nemoc se jí vrátila, dle jejích slov v „nepříjemné formě“ - trásl se jí nohy, byla neschopná cokoliv vykonávat. V té době pracovala jako překladatelka a tlumočnice („příjemná a veselá práce, ale zase zátěž. Celý den v cizojazyčném prostředí.“) Spánek jí výrazně selhával. Byla předána do péče odborníků na spánek a poslána do spánkové laboratoře. Zjistili jí syndrom neklidných nohou. Dlouhodobě ji tlumí Rivotrilem a Fevarinem, bez léků se jí vrací potíže se spánkem. Zhoršení stavu u ní vždy souvisí se situací, která vzniká náhle a je zátěžová. Deprese si prý nevymýšlí, v současné době žije s přítelem, se kterým se navzájem podpírají. Po této stránce je spokojená, narušují to jen náhlé události. Již nechodí do práce, je v důchodu, pracuje však doma - překládá. Jako svou diagnózu uvádí depresi vlivem nedostatku spánku. Měla prý všechny příznaky deprese.

- Pozorování

S paní Sárou jsem se sešla na stanici metra, odkud mne autem odvezla k sobě domů, kde jí nejlépe vyhovovalo provést rozhovor. Seděly jsme u velkého stolu v obývacím pokoji. Celé prostředí působilo velmi přívětivě, po chvíli jsem se zde cítila „jako doma“. Paní Sára je usměvavá, energická, mluví rychle, často mě přerušuje již v průběhu pokládání otázky. Dobře se soustředí, dokonce i ve chvíli, kdy nás s nabídkou pití vyruší přítel Sáry, plynule naváže na tok hovoru, jakmile přítel odejde. Když mluví o těžších obdobích ve svém životě, ztiší hlas. Napadalo mě, jakoby paní Sára po prožité depresi nabrala druhý dech - mnoho žen v jejím věku by bylo velmi šťastných, kdyby mělo takový život, jako ona. S přítelem působila harmonicky, vyrovnaně. Říkala jsem si, že je to silná žena, když se dokázala ze dna vyhrabat až sem.

- První dojem A

Po přečtení rozhovoru vnímám jako ústřední téma únavu a paměť. Zdá se, že hodně jejích potíží souviselo s únavou. Z kognitivních funkcí nejvíce probíráme právě paměť. Ta je nyní dobrá, pamatuje si dlouhodobě i latinské názvy kyttek, také je stále schopna se mnoho věcí naučit. Nejvíce potíží s pamětí cítila zhruba deset let po první epizodě, kdy měla výpadky v krátkodobé paměti. V té době pracovala jako tlumočnice a měla tak možnost tyto výpadky na sobě pozorovat. Dnes je již v důchodu a tak vlastně neví, jak by na tom s touto složkou paměti aktuálně byla, kdyby ji musela více zapojovat. Celkově se paní Sára domnívá, že pokud deprese některou z jejích kognitivních funkcí poznamenala, byla to právě krátkodobá paměť. V této souvislosti stojí za povšimnutí, že

když nás během rozhovoru vyrušil Sářin přítel, dokázala v rozhovoru přesně navázat na místo, kde skončila.

- První dojem B

O své depresi tvrdí, že byla způsobena nedostatkem spánku. Pracuje s jazyky - byla mimo jiné překladatelkou. Vzhledem k tomuto faktu se mi zdá, že používá příliš mnoho nespisovných výrazů. Z hlediska kvality paměti pozoruje zhoršení krátkodobé paměti, dlouhodobou paměť si myslí, že má v pořádku. Snaží se ji trénovat učením se latinských názvů rostlin. Ona sama ovšem zhoršení připisuje stáří. S učením problém nemá, působí jako osoba se silnější vůlí. Obzvláště nyní pocituje velkou potřebu učit se nové věci. Rychlost svého rozhodování hodnotí jako zpomalenou v době deprese a následného léčení léky. Nyní je vše opět v pořádku, na rychlost reflexů si nestěžuje - zvládá bezproblémově řídit auto. Sára působí velmi inteligentně, je ochotná spolupracovat. Má velkou vnitřní sílu - „Vždycky, když jsem byla na dně, zmotivovala jsem fyzické síly.“ Prožitá zkušenosti ji nezlomily. Nedostatek schopnosti udržet pozornost je dle jejích slov součástí její osobnosti, nebyl ovlivněn nemocí. Působí, že má svůj život a stav uspořádaný.

- První dojem C

První, co mě zaujalo již na začátku, je zpochybnění deprese již v úvodním článku psaném kurzívou. Obě zaměstnání, ve kterých paní S. pracovala, vyžadovala soustředění a byla pro ni velmi stresující (zejména pak to druhé). Při bodovém hodnocení nějaké zhoršení přiznává, ale spíše to na mě působí, že si myslí, že by to tak mělo být. Zvláštní je taktéž názor, že prášky musí brát nepřetržitě, ale pomáhají jí jen v období, kdy se necítí úplně fit.

Paní Eliška

Paní Eliška se do depresivních stavů dostala poprvé ve 24 letech. Zpočátku vůbec nevěděla, co se s ní děje - byl rok 1981 a o depresi se příliš nehovořilo, ani nepsalo. Všimla si, že její stav není normální, nemohla se soustředit, nepamatovala si věci, zabloudila i na známém místě v metru. U lékaře nebyla, ale náhodou četla nějaké články a usoudila, že bude mít asi „tyhle deprese“. Tato první epizoda odezněla sama od sebe během dvou měsíců, v té době ještě chodila na vysokou školu. V prvním zaměstnání za další dva až tři roky to také nějak zvládla. Má diagnózu endogenní deprese, takže prý pro depresi neměla důvody. V roce 1986, když jí bylo 29 let, nastoupila hodně hluboká deprese, kdy se rozhodla jít k závodnímu lékaři. Dostala Belaspon a Rohypnol (nemohla spát). Den před služební cestou do Brna nešla do práce a pokusila se spáchat sebevraždu (snědla prášky, co jí dal lékař.) Tímto způsobem se dostala do Psychiatrického centra Praha, kde pobývala pět týdnů. Dostala antidepressiva, po čase jí byla dávka snížena, avšak za rok se do stavů deprese dostala znovu. Byla na neschopence doma (rok 1987). Od té doby nemocná nebyla, přičítá to skutečnosti, že léky jsou stále lepší a lepší. Jen jednou či dvakrát cítila depresivní příznaky, projevuje se to u ní v první řadě zhoršenou schopností se soustředit, dále pocity strachu a bušení srdce. V takový okamžik se vždy domluví s lékařkou, že jí napíše antidepressiva, což ji pomáhá, dostává také částečně Neurol na stavy úzkosti. Už desítky let proto „nemarodila“ a žije normálně, duševně pracuje. Říká: „Mám to pod kontrolou.“ V současné době bere Efectin. Její stavy jsou pravidelně horší v létě a na Vánoce. Paní Eliška pracuje jako právník v oblasti legislativy na Úřadu vlády.

- Pozorování

Paní Elišku jsem si po skončení rozhovoru obtížněji vybavovala. Zřejmě proto, že působila spíše nenápadně a méně živě. Možná to bylo způsobené tím, že jsem tendenci ji porovnávat s paní Sárrou, která působila více energicky. Ve skutečnosti mohl být rozdíl způsoben spíše odlišným prostředím - zatímco s paní S. jsme si povídaly u ní doma, paní E. přišla do PCP Praha. Během rozhovoru se i paní Eliška rozmluvila a mluvila přirozeně, občas se zasmála. Také se dokázala dobře soustředit na otázky.

- První dojem A

Po přečtení rozhovoru vyvstává jako nejvíce snížená funkce vůle. Paní Eliška však upozorňuje na to, že se jedná spíše o její vlastnost, která souvisí s leností, nežli o vliv deprese. Dřív se možná snažila o něco více, ale nikdy po této stránce nebyla moc silná. Dlouhodobá paměť jí funguje dobře, pamatuje si i po roce názvy míst, kde byla na dovolené. Aktuálně mívá potíže spíše s učením se slovíček v cizím jazyce, někdy také nemůže najít některé věci v bytě, neboť si nevzpomíná, kam je dala. To však dle jejího názoru souvisí spíše s velikostí bytu. Naopak její schopnost rozhodování je nyní lepší, než když byla mladá. Domnívá se, že to vliv určitého rozumového vyspění. Vzhledem k tomu, že u paní Elišky první depresivní epizoda propukla v poměrně nízkém věku, přičítá obecně problémy v některých oblastech kognice spíše jiným faktorům - například času, přestěhování se, životní zkušenosti, apod.

- První dojem B

Dobře zvládá práci náročnou na paměť, cizí jazyky se jí učí hůře. Příkládá to však věku a nedostatku talentu, slabou vůli si vysvětluje leností. Zlepšení svých rozhodovacích schopností vidí v nasbírání větších životních zkušeností, svém nynějším poklidném okolí - uspořádaném manželství, dlouholeté práci. Slabší vůle vede až k odevzdanosti - přijala pasivně diagnózu, že se s depresí bez příčiny nedá nic dělat, pouze upravovat míru psychofarmak. Cítí se být již v pořádku a nad věcí, snaží se zmírnit dávky, co kdyby náhodou...

- První dojem C

Pozoruje na sobě částečné zhoršení paměti a vůle, ale spíše tuto změnu přisuzuje věku než nemoci. Naopak si myslí, že se daleko lépe rozhoduje, i když přiznává, že se situace, na které by nebyla připravená, vyskytují jen zřídka. Léky bere jako berličku, o kterou se opírá. Sama si snižuje dávky, aby pak mohla brát větší množství „až bude hůř“. Přitom si sama uvědomuje, že je to jenom otázka vůle, aby byla silnější. Zajímavý je i euforický stav, který se u paní E. objevil po návratu z PCP. Sama ho hodnotí jako související s nemocí. Popisované chování jí nepřidá jako vlastní.

Pan Milan

Pan Milan vystudoval matematicko-fyzikální fakultu a celý život pracuje jako programátor. První a zatím také jedinou depresivní epizodu zažil asi přes sedmi až osmi lety. V té době dostal jako řada jeho kolegů ve stávajícím zaměstnání nabídku podat výpověď a dostat odstupné, jelikož mu zbývalo jen pár let do penze (společnost snižovala stavy). Pan Milan nabídky využil a našel si nové místo v soukromé firmě, kterou vedl jeho bývalý podřízený. Když však přišel do nového zaměstnání, necítil se dobře, ale nevěděl, čím to je. Kolegům říkal, že „má trému“ a nějak mu to nejde. Jednoho dne se doma „sesypal“ – seděl u počítače, něco mu nešlo, tak se rozbrečel. Manželka se lekla a hned jela do Psychiatrického centra Praha, kde dostal léky a byl poté zhruba měsíc doma, pouze chodil na kontroly. Po ukončení pracovní neschopnosti šel opět do nové práce, ale „bylo to nějak horší“. Deprese se u něj dále projevovala apatií, pocitem neschopnosti, nezájmem a nutkavým chováním (například když našel šroubek na zemi, měl nutkavou potřebu najít, kam to patří a vrátit jej na místo – nutkání považuje za něco nenormálního a spojuje si to právě s depresí.) Báł se, že netrefí do zaměstnání, špatně spal, budil se ve tři ve čtyři a nemohl usnout, měl strach, co bude. Do práce chodil asi čtyři dny, říkal si, že musí vydržet do kontroly u psychiatra. Nakonec se rozhodl, že zůstane v PCP na hospitalizaci. Během onemocnění pochyboval o své nemoci, jestli si ji jen nesimuluje proto, že se mu nechce do zaměstnání. V průběhu hospitalizace se rozhodl, že se už do práce nevrátí. Přesto tam nakonec nastoupil, užívá léky, pravidelně chodí k obvodní lékařce a už se mu žádná depresivní epizoda nevrátila. Nyní je v důchodu, ale má doma počítač a soukromě na zakázku programuje (má živnostenský list).

• Pozorování

Pana Milana bylo poměrně obtížné během rozhovoru sledovat. Často nedokončoval věty a když jsem se ho zpětně zeptala, již to nebyl schopný znovu říct a v rozhovoru jsme se tak zbytečně zdrželi. Působil tak, že rychleji myslí, než mluví. Složitě bylo i sledovat jeho neverbální komunikaci - často vypadal, že již dokončil větu a když jsem se ho zeptala na další otázku, vůbec na ni nereagoval (jako by ji ani neslyšel) a pokračoval dál ve svých úvahách. Někdy se naopak sám zastavil a začal omlouvat, že říká něco jiného, než chci slyšet, aniž bych si něco takového skutečně myslela nebo dávala najevo. Párkrát také mou otázku zcela zapomněl. Rozporuplně působil také jeho smích - smál se často a nahlas, ne vždy tomu však situace odpovídala. Jeho smích tedy působil trochu nuceně a nervózně. Celkově jsem měla z pana Milana během rozhovoru pocit, jako by byl ve svém myšlenkovém světě a nedokázal se příliš soustředit na druhou osobu a na to, co říká.

• První dojem A

Po přečtení rozhovoru se zdá, že podle subjektivního dojmu jsou některé kognitivní funkce pana Milana zhoršené (zvláště v poslední době, kdy moc nepracoval), on sám to však nepřičítá depresi, ale věku. Naopak se mu zlepšila vůle, což vysvětluje tím, že aktuálně si ji víc uvědomuje, když musí něco udělat. Dříve to prý šlo spontánně.

Celkově pan Milan říká, že v depresi nevidí žádný předěl na „před“ a „po“, kdy předtím by kognitivní funkce byly dobré a potom horší. Podle něj je to více způsobené časem.

• První dojem B

Milan působí lehce roztržitě. Ztrácí paměť, ale neví, čím to přesně je. Má nechuť začínat s učením se nových věcí. Objektivně připisuje jisté zhoršení věku. Bezprostředně po příhodě se byl schopen znovu zapojit do práce. Myslí si, že se mu zlepšila vůle. Odůvodňuje to tím, že se nyní musí přemáhat, aby dělal některé věci, které dělal předtím automaticky. Nakonec se ale prý ve velké většině případů přemůže. Ztráta rozhodnosti v zaměstnání je možná způsobena sníženým profesním sebevědomím. Také hůře udrží pozornost. Z jeho bodového hodnocení je patrné znatelné zhoršení paměti a učení. Domnívá se však, že je viník věk.

- První dojem C

Zpočátku mě zaujalo, že hned při prvním náznaku duševní nerovnováhy se rozhodli jet do PCP. Ze závěru rozhovoru vyplynulo, že i manželka trpí/trpěla duševními poruchami, a proto hned vyhledali lékařskou pomoc. Při čtení odpovědí na mě pan M. působí dojmem senility. Mám pocit, že se snaží odpovědět za každou cenu; má strach, že nepředá dostatek informací. Dost překvapivé pro mě bylo zjištění, že si musí předříkávat jednoduché činnosti, někdy si je i napsat. Při bodování kognitivních funkcí působí velmi zmateně. Sám cítí ve všech oblastech výrazné zhoršení. To ale nepřikládá na vrub nemoci, ale procesu stárnutí, popř. odchodu do důchodu.

Paní Barbora

Paní Barbora se poprvé dostala do kontaktu s psychiatrií v roce 1992 v souvislosti s pocity úzkosti až paniky. Například při nakupování v obchodním domě měla najednou pocit, že se jí tam musí něco stát, že omdlí. Když zkoumala, z čeho to vzniklo, zjistila, že zřejmě pracovala na místě, kde jí to nevyhovovalo (kancelářská a administrativní práce – nudila se). Předtím byla zvyklá dělat práci, která ji bavila a naplňovala (provozní programátorku). Nebyla však schopná to změnit, protože práce byla dobře ohodnocená. Když to dospělo tak daleko, že už se bála i vyjít z bytu, tak to zkoušela řešit u obvodní lékařky, kde dostala léky na nervy (Lexaurin). Na léky si rychle zvykla, podle jejích slov byly hodně návykové. Žila v hrozně úzkosti někam vyjít a stále to řešila jen léky na uklidnění. Nakonec se v roce 1997 rozhodla vyhledat odborníka. Začala ambulantně chodit do PCP a v roce 1999 absolvovala stacionář. Paní Barbora se domnívá, že se v té době k její úzkosti přidala také deprese – popisuje ji tím, že se musela nutit do práce, její přemýšlení bylo smutné, spíše však cítila paniku a strach. Když se vracela domů, hrozně se jí vždy ulevilo, že už nikam nemusí. Manžel na ni byl hodný, vždy chodil s ní, když se bála jít sama. Když poznala, že to takhle dál nejde a že se takto žít nedá, asi z toho začala mít „takový deprese“ (nedokáže to blíže popsat, nakonec dospívá k závěru, že to v této době deprese nebyla). Během léčby na stacionáři se rozhodla, že se bude snažit se situacím nevyhýbat, že se změní, že je pro ni důležitá rodina (manžel a dvě dospívající děti), která je v pohodě. Poté se stala tragédie, onemocněl dvacetiletý syn (nádor na mozku) a skončilo to tím, že zemřel. Půl roku to prožívala, syn absolvoval v nemocnici několik operací, někdy v té době přišly deprese. Současně s tím zmizela panická porucha, přestalo to pro ni být důležité. Věděla, že do nemocnice dojít musí a musí se o všechno postarat. Jinak ale neustále brečela, cítila smutek, což považuje za adekvátní dané situaci. Dělal jen to nejnnutnější, aby fungovala domácnost, jinak neustále přemýšlela nad tím, co bude, co se dá ještě udělat, sháněli všemožnou pomoc. To však ještě nebylo to nejhorší, protože se musela zmobilizovat, nemohli před synem dávat najevo, že jsou na dně. Celá rodina chodila k lidovému léčiteli. Večer nemohla usnout, ráno se brzy budila, stále se jí to v hlavě honilo, cítila

beznaděj. Ještě horší to bylo potom, když byl konec. Paní Barbora uvádí, že to má v podstatě doposud – nejradši je sama doma zavřená. Tehdy věděla, že moc mezi lidmi nemůže, nebo jen mezi dobré známé a na chvíli. Vůbec nevěděla, co bude dál, i když zůstal manžel a dcera. Měla pocit, že skončil svět. Při sebemenší rozepři s manželem si hned říkala, že kvůli němu tu nemusí být a že bude lepší z toho světa odejít. Stále chodí ambulantně do PCP, paní doktorka s ní vždy promluví. Zatím se nepřinutila najít si zaměstnání a jít znovu mezi lidi, i když poslední dobou o tom začíná přemýšlet. Stále má pocit, že si pobyt mezi lidmi potřebuje regulovat sama. Také nezvládá řešit více věcí najednou, když dělá nějakou práci a někdo po ní chce něco dalšího, rozhodí ji to.

• Pozorování

S paní Barborou se nám dlouho nedařilo se sejít, až jsem začala mít pocit, že by se rozhovoru raději vyhnula, ale nechce to říct přímo. Nakonec se přeci jen podařilo domluvit schůzku, během které jsem prvotní vyhýbání se kontaktu lépe pochopila. Barbora působila zpočátku spíše opatrně a nesměle. Když vyprávěla o smrti syna, trochu plakala. Také vysvětlila, že je poslední dobou raději sama, kontakt lidí vyhledává méně, než dříve. Celkově byl její projev posmutnělý. V závěru rozhovoru se však uvolnila, občas se i smála. Když jsem se dozvěděla příběh paní Barbory, napadalo mě, že bych sama takovou situaci jen těžko zvládla. Bylo mi jí líto a v duchu jsem si říkala, že určitě ještě bude potřebovat čas na to, aby mohla začít žít normálně, že její život přesto bude vždycky poznamenaný tragédií, která se jí stala.

• První dojem A

Po přečtení transkribovaného rozhovoru mám pocit, že paní Barbora u sebe vnímá jako zhoršené funkce krátkodobou paměť a částečně pozornost (u té však váhá, chvíli říká, že se jedná spíše o paměť, chvíli uvádí příklady na zhoršenou pozornost). Obě funkce má spojené především se situacemi, kdy vyslechne nějaký pořad v televizi, nebo rozhovor dvou lidí a poté není schopná jejich obsah reprodukovat. V rozhodování rozlišuje zásadní a méně důležitá rozhodnutí. Ta první se jí teď dělají spíše lépe, než před depresí (protože má pocit, že se jí stejně už nemůže nic horšího stát), v těch druhých je teď naopak váhavější a pomalejší, většinou za sebe nechává rozhodnout manžela. Jelikož paní Barbora již delší dobu nepracuje, popisuje často fungování své kognice na hlídání vnučky, které zvládá dobře. Není si jistá, jak by fungovala, kdyby musela znovu do práce.

• První dojem B

Barboře špatně funguje krátkodobá paměť a i přestože ráda čte, tak s tím přestala. Působí velmi roztěkaně, používá mnoho parazitních slov. Dokonce do té míry, že to ztěžuje čtení textu. Je spíše manuálně založená. Křížovky a sudoku jí nečiní žádný problém, což vzhledem k tomu, že působí jako programátorka není divu. V otázkách vůle si zprvu trochu protiřečí, později upřesní své dělení rozhodování. Tvrdí, že rozhodnout o důležitých věcech je pro ni nyní jednodušší, naopak o každodenních drobnostech radši nechá rozhodovat

manžela. Zlepšení vidí v odeznění panické poruchy. Není si jistá, zda schopnost odnést si něco ze školení souvisí se sníženou schopností pozornosti, nebo zhoršenou pamětí. Posléze se přiklání k názoru, že jde o zhoršení „ukládání“, tedy paměti. Prošla takzvanou „léčbou šokem“ zbavila se panické poruchy díky tomu, že se jí přihodila ještě horší věc. Zajímavé by bylo udělat s ní tento rozhovor opět až se zapojí do pracovního procesu. To má v plánu.

- První dojem C

Zvláštní mi připadá popis paměti paní B. Není sice schopná reprodukovat zhlédnutý film (střednědobá paměť v kombinaci se soustředěním moc nefungují), ale dle vlastních slov v ostatních oblastech tento problém nemá. Velmi zajímavé je zlepšení v rozhodování o důležitých životních změnách. Má-li paní B. dobrý důvod jít ven, je schopná překonat svou ?divnou? náladu, při které se jí nechce nic dělat, a poté se cítí lépe. Např. hlídání vnučky zvládá bez problémů. Zaujalo mě hodnocení současného stavu deprese sedmičkou, ač není schopná zapojit se do pracovního života.

Paní Jitka

Paní Jitka říká, že se u ní deprese objevila v souvislosti s přechodem a s hormonálními změnami (v roce 1999 - 2000). Také si myslí, že je taková povaha – odpovědná, nad vším se zamýšlí a všechno dost prožívá. Došla k názoru, že „fňuknu“ a nebo lehkomyšlného člověka asi deprese nepotká. Dříve nedovedla nikomu nevyhovět, všichni se na ni mohli spolehnout, vždy všechno zařídila – proto si myslí, že pak je toho na člověka tolik, že to neunes. Dále se jí v životě nakupily záležitosti dost blízko za sebou, že to byl velký nápor na „psychiku a emocionální jádro.“ V roce 1997 je vykradli, což pro ni byl dost nepříjemný zážitek (někdo jim vnikl do soukromí a hrabal se ve věcech). V průběhu stejného týdne manžel vycestoval na Ukrajinu, kde mu sebrali pas a nechali ho tam deset dnů (nevěděla, jestli se vrátí, nebo nevrátí - vezl náklad, který mu ukradli a nechtěli ho pustit zpátky, dokud se vše nevyřeší). V dubnu následující rok jí zemřela babička, na kterou byla hodně citově vázaná (má slzy v očích). Asi toho tedy bylo moc a postupně začala být „taková špatná“. Nejhorší bylo, že vůbec nevěděla, co se s ní děje, co má dělat, proč jí tak je. Léčila se nejdříve v jednom z českých měst, odkud pochází, ale tam jí doktor léčil útlumovými léky. Ačkoliv byla tři týdny hospitalizovaná na psychiatrii, neměla ani diagnózu, nikdo s ní nepracoval, stále jen říkali, že se musí počkat. Slibovala si od hospitalizace, že jí to pomůže, ale naopak jí to ublížilo, protože jí nikdo neřekl, že má depresi a že deprese se dá léčit. Trápila se celkem tři čtvrtě roku (doma na pracovní neschopnosti, stále brala útlumové léky, které jí nepomáhaly). Když přijela do Prahy a vyjmenovala všechny léky, které brala, řekli jí „ale oni vás nechtěli vyléčit, oni vás chtěli uspat.“ Teprve v Praze jí nasadili antidepresiva, o kterých slyšela poprvé a poprvé se taky dozvěděla, co jí opravdu je. Do PCP dále docházela ambulantně. V knihovně v léčebně si půjčila knížku, kde se dozvěděla, co jí je, že to je nemoc jako každá jiná, že se dá léčit a u 90 procent pacientů antidepresiva zaberou. To pro ni bylo nejdůležitější, měla naději na vyléčení. Asi tři roky brala antidepresiva a byla vyléčená. Bohužel však musela na ženskou operaci (brali ji dělohu a vaječníky) a tím se jí porušila hormonální rovnováha (nemůže užívat hormonální substituční léčbu, protože mají v rodině velké zatížení na rakovinu prsu). Když začala hůř spát a cítit se hůř než normálně, okamžitě jela do Prahy, kde jí doporučili preventivně užívat antidepresiva (další cca rok až dva). Deprese se u ní celkově projevovala hlavně tím, že vůbec nemohla spát, večer na chvíli usnula, ale ve dvě hodiny už byla vzhůru a do rána už neusnula. Večer už chodila spát se strachem, že zase nebude moci v noci usnout. Celé noci prochodila venku po aleji. Stále nevěděla, co s ní je, proč nespí. Teprve v knížce se dočetla, že to je jeden z projevů deprese. Také hubla, nechutnalo jí jíst, což bylo na něco dobrý

– člověk se cítil dobře – ale na druhou stranu vůbec neměla energii. Ráda jezdí na kole, „drží ji to při životě“, ale v té době se na kolo nemohla ani podívat. Kolo jí bylo lhostejný, nebo ho skoro až nenáviděla. Všechno jí bylo jedno. V práci se nemohla soustředit, nemohla pracovat tak, jak by asi měla, bála se, aby neudělala chyby. Naštěstí v tomto směru vše dobře dopadlo. Dnes normálně pracuje.

- Pozorování

S paní Jitkou jsem se sešla v kavárně Obecního domu (sama si ji vybrala). Toto prostředí bylo rušnější, často kolem našeho stolku procházeli cizinci, paní Jitku to však nevyvedlo z míry, dokázala se během celého rozhovoru dobře soustředit a současně na hodinkách sledovat čas (jel jí autobus). Působila mladším dojmem, než je její skutečný věk. Mluvila velmi kultivovaně, vyjadřovala se v odborných termínech - chvílemi to na mě působilo až tak, že se kontroluje, aby mluvila „hezky“. Zdálo se však, že se postupně více uvolnila a mluvila více přirozeně. Během rozhovoru u ní došlo k prudkému střídání nálad, chvíli měla v očích slzy, chvíli se smála, časový odstup těchto změn někdy byl jen pár vteřin. Sama své náladu vysvětlovala hormonální nerovnováhou, ráda by v budoucnu byla více vyrovnaná.

- První dojem A

Po přečtení přepsaného rozhovoru soudím, že paní Jitka přisuzuje změny v kognitivních funkcích, které u sebe vnímá, spíše věku, než depresi. Z hlediska paměti má občas výpadky - nemůže si vzpomenout na nějaké slovo, nebo na to, že viděla určitý film v kině. V práci paní Jitka funguje bez problémů, má pocit, že díky tomu se také udržuje ve formě. V oblasti rozhodování vnímá změny v tom, že se nyní rozhoduje méně impulsivně a zásadní rozhodnutí se jí proto dělají lépe. Hůře se rozhoduje v běžných situacích, někdy si musí doslova hodit korunou. Z hlediska soustředění má pocit, jako by nyní obsáhla najednou méně věcí - dokáže se soustředit na člověka, se kterým mluví, ale už nevnímá okolí (což dříve dokázala paralelně). V této souvislosti je zajímavé, že při rozhovoru se mnou současně vnímá, že jí běží čas a nesmí jí ujet autobus. To, že je zdravá, u ní znamená být „hnacím motorem“ rodiny. Během deprese tuhle svou roli ztratila, teď už to zase dokáže.

- První dojem B

Respondentka se domnívá, že má paměť dobrou, že se jí zhoršuje úměrně s věkem. S motivací k učení problém nemá. To, co potřebuje, se naučí bez problémů, jediné, co si myslí, že jí již nejde tak jako dříve, jsou jazyky. Nikdy jí prý ovšem zvlášť nešly. V otázce rozhodování si myslí, že se z mladické impulzivnosti přesunula spíše k rozvaze. V tomto směru jí údajně deprese pomohla - je nyní rozváznější a také umí říci ne. Je si vědoma omezení své schopnosti se soustředit. V současné chvíli je bez problémů schopna věnovat celou pozornost osobě, se kterou mluví. Dříve však - snad podvědomě - byla schopná registrovat

i široké okolí kolem sebe, aniž by jí to přitom ovšem rušilo v rozhovoru. Dle svých slov o tuto svoji schopnost přišla právě díky depresi. Vzhledem k tomu, že ve velice nedávné době prodělala operaci, působí klidně a vyrovnaně. Přesto, že to pro ni musela být velice stresující situace.

- První dojem C

Oproti období před depresí nepocituje paní J. žádné nebo jen malé změny. Tato zhoršení připisuje spíše věku než nemoci. Tomuto subjektivnímu pocitu odpovídá i bodové hodnocení, které je velmi vysoké. Dokonce v oblasti rozhodování se zlepšila, nyní se rozhoduje méně impulsivně. Chová se asertivněji, umí odmítnout prosbu.

8.3 Kategorie

Každý analyzand přistupoval k textu i přes společný návod odlišně. Bližší jsou si výsledky A a C, B vytvořil kategorie podle jednotlivých kognitivních funkcí. Tyto rozdíly jsou více způsobené odlišným pochopením principu kategorizace nežli skutečnými rozdíly ve výsledcích. Při prozkoumání dílčích analýz zjistíme, že analyzandi v hlavních bodech došli ke shodným výsledkům, což se projevilo především v následné diskuzi. V této části uvádíme pouze shrnutí všech tří analýz, kompletní data jsou k dispozici u autora.

Seznam všech kategorií analyzanda A uvádíme v tab. 8.2 Celkem A identifikovala šest kategorií, z nichž každá má dvě subkategorie.

| | | |
|-------------|---|---|
| Kategorie 1 | Paměť: Dlouhodobá versus krátkodobá | |
| | Aktuální stav dlouhodobé paměti | Aktuální stav krátkodobé paměti |
| Kategorie 2 | Práce a kognitivní funkce | |
| | Popis pracovní činnosti | Bez práce se kognitivní funkce netrénují |
| Kategorie 3 | Vliv jiných faktorů na kognitivní funkce | |
| | Vliv věku na kognitivní funkce | Vliv dalších faktorů na kognitivní funkce |
| Kategorie 4 | Rozhodování v zásadních věcech je těžší, v drobnostech snazší | |
| | Rozhodování v zásadních věcech | Rozhodování v drobnostech |
| Kategorie 5 | Aktuální stav pozornosti | |
| | Kvantitativní poruchy pozornosti | Kvalitativní poruchy pozornosti |
| Kategorie 6 | Předpoklady o výzkumu | |
| | Předjímání cílů výzkumu | Pocit maření výzkumu |

Tabulka 8.2: Kategorie analyzanda A

Kategorie analyzanda B jsou uspořádány v tab. 8.3 Celkem B našel pět kategorií, které již dále nedělil, pouze u každé z nich vypracoval shrnutí.

| | |
|-------------|------------------------------|
| Kategorie 1 | Paměť |
| Kategorie 2 | Učení |
| Kategorie 3 | Vůle |
| Kategorie 4 | Rozhodování a psychomotorika |
| Kategorie 5 | Pozornost |

Tabulka 8.3: Kategorie analyzanda B

Také kategorie analyzanda C jsou uvedeny v tab. 8.4 Celkem C objevila v textu 7 kategorií, z nichž jedna se dále dělí na tři subkategorie.

| | | | |
|--------------|---------------------------------|----------------------|---------------------|
| Kategorie 1 | Práce | | |
| Kategorie 2 | Poruchy spánku | | |
| Kategorie 3 | Paměť | | |
| Subkategorie | Výpadky paměti | Současný stav paměti | Současný stav učení |
| Kategorie 4 | Porovnání stavu před/po depresi | | |
| Kategorie 5 | Poruchy pozornosti | | |
| Kategorie 6 | Blízké osoby | | |
| Kategorie 7 | Rozhodování | | |

Tabulka 8.4: Kategorie analyzanda C

Konečně poslední tab. 8.5 ukazuje ty kategorie, které se objevují současně alespoň u dvou analyzandů. Všichni tři analyzandi se shodli na třech kategoriích týkajících se paměti, rozhodování a pozornosti, na dvou kategoriích (práce a vliv jiných faktorů na kognitivní funkce) se pak shodli pouze dva z nich.

| KATEGORIE | A | B | C |
|-----------|---|------------------------------|---------------------------------|
| 1 | Dlouhodobá vs. krátkodobá paměť | Paměť | Paměť |
| 2 | Práce a kognitivní funkce | / | Práce |
| 3 | Rozhodování v zásadních věcech je těžší, v drobnostech snazší | Rozhodování a psychomotorika | Rozhodování |
| 4 | Aktuální stav pozornosti - dokáží ji udržet, ale obsáhnou méně věcí, nebo se soustředit kratší dobu | Pozornost | Poruchy pozornosti |
| 5 | Vliv jiných faktorů na kognitivní funkce | / | Porovnání stavu před/po depresi |

Tabulka 8.5: Shodné kategorie

Z důvodu kontroly validity si přiblížíme pouze ty kategorie, na kterých se shodli alespoň dva z analyzandů.

8.3.1 Paměť: Dlouhodobá versus krátkodobá

Většina respondentů se poměrně shoduje v názoru, že zatímco jejich dlouhodobá paměť aktuálně funguje dobře, v krátkodobé pocítují určité rezervy. Pouze Milan mezi složkami nerozlišuje a mluví o celkovém zhoršení v porovnání se stavem před depresí. Nejlépe svou úroveň paměti hodnotí Sára, nejhůře Milan.

- „No...já si myslím, že je to teď v pořádku (...) Jo prostě ještě to, co chci, si zapamatuju a nějakou dobu si to pamatuju s mírnými výjimkami, jo...“ (Sára)
- „No rozhodně mi funguje hůř než...než dřív (...) vidím, že proti té úrovni je to ještě horší. Nebo je to níž.“ (Milan o paměti)

Již na úvod je nutné poznamenat, že rozlišení mezi krátkodobou a dlouhodobou pamětí je poměrně diskutabilní. Hranice mezi nimi je velmi mlhavá. Dlouhodobá paměť je většinou spojována s pamatováním si věcí „delší dobu“ („Takže to vím že jsem schopná se to naučit, zapamatovat si to a prostě nějak to používat. Že to není krátkodobě třeba. Jo?“ - Sára), krátkodobá je často spojována s učením se slovíček v cizích jazycích („(...) teď když se naučím nějaký slovíčka, nebo na tý vejšce jsme měli tu právnickou němčinu, tak to prostě zapomenu jako.“ - Eliška), nebo s pamatováním si obsahu televizních pořadů, novin, knížek, filmů, apod. („(...) teďkom ta paměť jako při tom poslouchání nebo čtení něčeho

jako mám pocit, že se mi to neukládá moc, že jo.“ - Barbora). Jitka navíc zmiňuje termín „střednědobá paměť“ („Kdyby se mě někdo ptal, já nevím, třeba pamatuješ si tenkrát jak jsme byli já nevím v kině, jo? A já...vůbec bych si na to nevzpomněla. Úplně jako kdyby ta oblast, nebo ten úsek jako kdyby zmizel. Jo? Ty minulý...řekla bych v té střednědobé paměti třeba, jo.“)

8.3.1.1 Aktuální stav dlouhodobé paměti

Respondenti většinou uvádějí, že určitá složka paměti, kterou nazývají „dlouhodobá“ jim dnes funguje dobře.

- *„Já to vnímám tak, že...eeh...jako dlouhodobou paměť mám dobrou, ale s tou krátkodobou že to je možná horší.“ (Barbora)*

Tento druh paměti často souvisí s učením - například Sára se dokáže naučit a dlouhodobě si pamatuje latinské názvy květin a kamenů:

- *„Já například sbírám kameny, polodrahokamy, tady mám celou sbírku nahoře, tak jako mi nedělá problém si zapamatovat jejich názvy a umím je všechny, zabývám se kytka, pak jako se naučím latinský názvy těch kytek a nevádí mi to, naopak bych řekla, že v tom mám i nějakou zvrhlou zálibu, jo (smích), si některý ty kytičky pamatovat, že jsem to aranžovala...“ (Sára)*

Podobně si Eliška pamatuje názvy míst, kde byla před rokem na dovolené, nebo si dobře pamatuje dílčí úkony v práci, neboť si je stále opakuje.

- *„Třeba člověk jede na nějaký zájezd, pozná tam spoustu názvů míst, tak si je pamatuju třeba rok a tak jsem si to pamatovala i tenkrát. A třeba si dobře pamatuju tu práci, co dělám, to jako dělám dnes a denně, tak to si furt člověk opakuje.“ (Eliška)*

Do dlouhodobé paměti samozřejmě patří také věci, které se respondenti naučili dříve (v minulosti).

- *„(...) že ty slovíčka, který jsem... já jsem chodila od třetí třídy na němčinu do těch devatenácti...tak ty jako umím.“ (Eliška)*

Paní Barbora si s dlouhodobou pamětí spojuje ty události, které se týkají úkolů a povinností v běžném životě. Z následujícího úryvku je zřejmé, že ve skutečnosti se její výpověď dá zařadit i do krátkodobé paměti (pamatování si událostí do druhého dne).

- *„(...) jako dlouhodobou samozřejmě mám docela dobrou, takovou tu co se týká toho běžného života, že bych zapomněla třeba někam přijít (...) Jako rozhodně si pamatuju, když si třeba něco s někým domluvim, nebo prostě tak...eh...to si určitě jako pamatuju prostě, já si nemusím zapisovat...mmh...já nevím, taková náky věci že bych zapomněla, co mám druhý den někam jít, nebo takhle. To ne. Tak co se týká prostě náky...nákejch úkolů, nebo povinností, to si pamatuju.“ (Barbora)*

8.3.1.2 Aktuální stav krátkodobé paměti

Výpadky v paměti, kterou respondenti charakterizují jako „krátkodobou“ se často týkají fungování v běžném životě, reprodukce informací, které někde slyšeli, viděli, nebo četli, či situací, kdy je potřeba udržet naráz v hlavě větší objem informací. Milan vnímá tento deficit převážně v pracovní sféře, ostatní spíše v každodenním životě.

O problémech v reprodukci informací z televize či novin mluví hlavně Barbora:

- *„Prostě když se dívám na zprávy, nebo si přečtu noviny...i když prostě třeba mě to zajímá, nebo něco...tak ale když třeba to prostě chci za nějaký čas někomu říct, co jsem viděla, nebo slyšela, tak to...tak už to je takový...prostě nedokážu to říct jako tak přesně nebo zřetelně. Už prostě si to tak jako nepamatuju přesně, jak to tam bylo...spíš jenom tak jako...mmh...tak jako...útržkovitě, dalo by se říct, jo? (...) tedkom ta paměť jako při tom poslouchání nebo čtení něčeho jako mám pocit, že se mi to neukládá moc, že jo (...) jako pozoruju, že prostě třeba i film nějak vidím, nebo něco a když to pak musím někomu převyprávět, tak prostě nejsem schopná. To si jako uvědomuju sama.“(Barbora)*

Jitka si nemůže vzpomenout na některé střednědobé události, jako například že viděla určitý film v kině. Občas jí také vypadne nějaké běžné slovo, které si chvíli nemůže vybavit.

- *„No třeba mi vypadnou úplně některý události, který potom když o něčem přemejšlim úplně jiným, tak najednou mi vyplavou, jo...Ale...ale jinak bych si na ně asi nevzpomněla vůbec...nebo jo.“ (Jitka)*
- *„(...) někdy si nemůžu vybavit jméno nebo prostě si hned nevzpomenu...já nevím...přines mi a teď třeba bych řekla nitě...a teď si nevzpomenu. No přines mi...no nitě, ne? Nebo jako třeba některý slovo.“ (Jitka)*

Další oblastí je ztrácení věcí, o níž mluví Eliška a Milan - zatímco Eliška to vnímá jako problém, Milanovi takové výpadky nevadí.

- *„(...) mám problém v bytě. Že někam dám věci a druhý den nevím, kde to je, a nenajdu to.“ (Eliška)*
- *„(...) jako že hledám brejle občas to...to nepočítám, jo.“ (Milan)*

Milan si stěžuje především na objem informací, které je schopný naráz udržet v hlavě. Potíže s tím spojené pociťuje především při programování.

- „(...) když sedím u počítače, dělám analýzu, tak musím mít nějak dohromady v hlavě informace o tom, co mi řekne ten zákazník, že jo, do jakéjch not, nebo jazyk jako překládám, že jo, jak se jmenujou proměnný a kam je dám a takhle, je toho dost a já už vim, že to dost už dneska je míň, než bylo...co jako najednou udržím v hlavě...abych ty souvislosti držel, že jo, že je toho míň (...) Jak objem, tak jako vybavování a co ještě...rychlost vybavovat taky určitě. Podle těch pracovních, profesních věcí, jo, jako v životě to ňák jako nepoznám.“(Milan)

Eliška uvádí problém zapamatovat si slovíčka v cizích jazycích. Ačkoliv ta dříve naučená si pamatuje stále a i dnes se dokáže naučit a pamatovat například názvy míst, kde byla na dovolené (viz výše), nově naučená slovíčka v paměti neudrží.

- „(...) teď když se naučím nějaký slovíčka, nebo na tý vejšce jsme měli tu právnickou němčinu, tak to prostě zapomenu jako (...) že jsem je prostě uměla delší dobu, než je umím teďko. Ještě tu gramatiku člověk dá dohromady, ale...ty slovíčka, já si na ně nevzpomenu.“ (Eliška)

Na neschopnost naučit se něco nového si však stěžují i Barbora, Milan a Jitka. Pouze paní Sára učení potíže nedělá a obecně lze říci, že je na tom podle své výpovědi s pamětí nejlépe.

- „(...) kdybych se měla učit jazyk, tak vzhledem i k mému věku prostě už to nejde.“ (Jitka)
- „(...) jsem se teď celou dobu nic novýho nemusela učit a neučila.“ (Barbora)
- „(...) třeba učení, to je jako špatný. To mám furt papír a tužku (...)nový věci už se nenaučím. Nenaučím prostě. Naučím se je do zejtrka, ale pozejtrí už je zas nevím.“ (Milan)

8.3.1.3 Shrnutí kategorie paměť

Všichni respondenti se shodují, že aktuální úroveň paměti je horší, než před prvním atakem deprese. Kromě paní Barbory však všichni připisují zhoršenou paměť spíše věku a efektu stárnutí, než depresi. Zdá se, že paměť není zhoršená globálně, ale pouze některé její složky. Respondenti sami většinou uvádějí, že cítí deficit v krátkodobé, nikoliv v dlouhodobé paměti. Nejlépe je na tom s pamětí podle vlastních slov Sára, nejhůře Milan. Zatímco Sára, Jitka, Barbora a Eliška popisují, že v mládí byla jejich paměť dobrá nebo výborná, Milan přiznává, že on na tom s pamětí nikdy nebyl „valně“.

8.3.2 Práce a kognitivní funkce

Pracovní činnost představuje klíčovou oblast, kde je fungování kognitivních funkcí nezbytné. Jejich deficit se většinou projeví právě tady. Pokud člověk nedokáže plnit své pracovní povinnosti, vyvolává to v něm pocity méněcennosti a neschopnosti, které dále vedou k depresi a bludný kruh se uzavírá. Všichni respondenti mluvili o náplni své práce a přirozeně zmiňují i provázanost pracovní činnosti s fungováním kognitivních funkcí.

Ačkoliv aktivně v tuto chvíli pracují pouze Eliška a Jitka, i ostatní mají k tomuto tématu co říci - Sára s Milanem jsou v důchodu, ale příležitostně dále vykonávají svou práci, Barbora nyní do práce nechodí, ale chystá se svou pracovní činnost obnovit.

8.3.2.1 Popis pracovní činnosti

Paní Sára pracovala většinu svého profesního života jako překladatelka či tlumočnice. Nejvíce tedy využívala krátkodobou paměť. Zvláště při tlumočení je důležité udržet naráz v paměti informace, které druhý člověk řekl a současně je v hlavě převádět do češtiny, aby byl výsledný překlad přesný a úplný.

- „(...) při tom tlumočení (...), kdy teda to tam musíte nacpat do té hlavy a potom to musí nějakým způsobem vyplynout, jo, smysl toho musí být řečený přesně (...)“ (Sára)

Paní Eliška pracuje jako právnička, což je rovněž povolání náročné na paměť. Již během studia se právníci musí naučit mnoho zákonů nazpaměť, v práci mají sice možnost do zákonů nahlížet, přesto si většinu informací musí pamatovat. Eliška také popisuje, že před termínem odevzdání se musí hodně soustředit, aby vše stihla včas - její práce je tedy náročná i na pozornost.

- „Protože já teda kontroluju návrhy právních předpisů, který připravují ministerstva v jednotlivých oblastech své působnosti, předkládají to vládě ke schválení. A my to kontrolujeme z toho legislativně-technickýho hlediska, jestli ty zákony jsou napsaný dobře. A na to existují padesátistránkový, nebo ještě víc, pravidla, legislativní pravidla vlády (...)“ (Eliška)
- „(...) mám nákej termín odevzdání, tak v tom období...já nevím týden předtím jako se hodně musím soustředit a tu práci rychle udělat, nebo prostě kvalitně i udělat, že jo, to je o pozornosti a o tom si to tak přečíst pořádně, aby tam nebyly překlepy, nechyběly uvozovky, čárky a takovýdle věci, takže tam se ta pozornost vyžaduje.“ (Eliška)

Podobně to má v práci paní Jitka, která pracuje jako úřednice na finančním úřadě. I ona se musí neustále učit a pamatovat si novely zákonů.

- „No tak já pracuju na finančním úřadě, takže neboli třeba na daně z příjmu tam jsou neustále novely zákonů, že jo. Takže já ty novely...ten základní zákon samozřejmě ten platí já nevím od roku devadesát dva, takže se...a od té doby taky tam pracuju, takže dlouhodobě (...)“ (Jitka)

Paměť zmiňuje jako klíčovou složku své práce i pan Milan, který pracoval jako programátor a i dnes, kdy je v důchodu, dostává soukromé zakázky.

- „(...) když sedím u počítače, dělám analýzu, tak musím mít nějak dohromady v hlavě informace o tom, co mi řekne ten zákazník, že jo, do jakých not, nebo jazyk jako překládám, že jo, jak se jmenujou proměnný a kam je dám a takhle(...) Programování je proces, kde rychle nebo pomalu rozmyslíte, potom to napíšete do počítače a pak to ladíte, že jo.“(Milan)

Pouze paní Barbora o své práci příliš nemluví. Dříve pracovala jako programátorka a referentka, avšak po smrti syna je doma a věnuje se převážně hlídání vnučky. Ačkoliv o návratu do práce uvažuje, stále si není jistá, jestli by to ve stávající situaci zvládla.

8.3.2.2 Bez práce se kognitivní funkce netrénují

Provázanost oblasti kognice a pracovní činnosti je ještě více zřejmá, když respondenti mluví o tréninku svých kognitivních funkcí.

Například Sára a Barbora shodně vyjadřují pochybnosti o tom, jak by vypadala jejich práce, když by se musely znovu plně zapojit do pracovního procesu. Ačkoliv v tuto chvíli fungují v běžném životě a drobných povinnostech dobře, práce by přeci jen vyžadovala větší zapojení kognitivních funkcí. Sára má konkrétně obavy především z krátkodobé paměti, kterou pro svou práci nejvíc potřebovala, Barbora z učení se novým věcem.

- „Nemohu vám teďko říct, jestli kdybych šla skutečně tlumočit někam, kde by na tom záleželo, jestli by mi ty slovíčka...ta by se to dalo asi nejlíp pozorovat. Jo, jak bych byla pohotová (...) Ale asi bych se těžko teď znova zapojila do nějakýho velice tvrdýho pracovního procesu. Asi by to nebylo úplně ono.“ (Sára)
- „No, to právě nevím, protože v podstatě jsem se teď celou dobu nic novýho nemusela učit a neučila. Já jsem takovej případ (smích)(...) No možná se podceňuju, možná třeba až přijdu někam do nějakýho zaměstnání a tam se budu muset něco naučit, tak třeba poznám, že to půjde. To je právě to, co říkám, že nevím, že jsem to ještě vlastně nevyzkoušela.“ (Barbora)

Milan, Barbora, Jitka i Eliška se také shodují, že díky pracovní činnosti se kognitivní funkce trénují. To má za následek, že se udržují déle na dobré úrovni. Milan, Barbora a Eliška mluví v této souvislosti o paměti, Jitka zmiňuje učení.

- „A teď mám ještě pocit...já jsem teď měl přestávku v práci...prostě jsem neměl zázkazu, jo, přes léto...já nevím od dubna asi tak do tedko...října, že jo, jsem nedělal nic na počítači a když jsem si k tomu znova sedl, tak jsem měl...tak mám pocit...jako nemluvim o tom, že jsem zapomněl, co jsem dělal, jo ale, že se to zhoršilo tím pádem, že jsem to dlouho jakoby netrénoval.“ (Milan)
- „(...) dřív jsem třeba četla knížky a teď moc ne. A že v podstatě asi jako těch osm let nebo devět let jsem hodně doma a nechodím do té práce a vlastně nemusím si nic moc pamatovat. Takže asi se to prostě projeví, člověk to netrénuje jako tu paměť takhle...To si myslím, že jo.“ (Barbora)
- „Naopak mně připadá, že ta práce mě prostě jako...eeh...udržuje v nějakém stavu, že se musím pořád učit novým věcem...a že...pořád opravdu se učím něco nového.“ (Jitka)
- „(...) nepozoruju, že bych to zapomněla, když to dělám dnes a denně.“ (Eliška)

8.3.2.3 Shrnutí kategorie práce

Je zřejmé, že v práci se úroveň kognitivních funkcí projeví nejlépe. Nejdůležitější se zdá být paměť, dále schopnost učit se nové věci a pozornost. Většina respondentů se shoduje, že díky aktivnímu zapojení se do pracovního procesu se kognitivní funkce trénují a zůstávají déle „funkční“. Naopak při vysazení práce dochází k jejich poklesu.

Je potřebné zmínit, že z hlediska náplně práce si jsou bližší Sára, Eliška a Jitka - všechny tři pracují nebo pracovaly především s jazykem a lze předpokládat, že ke své práci potřebovaly verbální paměť. Naopak Milan a Barbora pracovali jako programátoři, kde je zapotřebí spíše matematicko-technická složka paměti.

8.3.3 Rozhodování: V zásadních věcech snazší, v drobnostech těžší

V otázce rozhodování jsme učinili zajímavý objev. Zdá se, že se rozhodování vymyká ostatním kognitivním funkcím - zatímco paměť, pozornost a schopnost učení se přirozeně s věkem zhoršuje, rozhodování je v jistém aspektu lepší. Většina respondentů rozdělila oblast rozhodování na zásadní věci a drobnosti v každodenním životě.

8.3.3.1 Rozhodování v zásadních věcech je snazší

Ptáme-li se respondentů na aktuální úroveň schopnosti se rozhodnout, překvapivě odpovídají, že je to pro ně nyní snazší. Dalším vyptáváním zjišťujeme, že je lehčí se rozhodnout především v zásadních, důležitých věcech. Důvody jsou různé. Eliška například srovnává své rozhodování v mládí s aktuálním stavem takto:

- „No...možná snáž než dřív...jako...když teda jsem byla v těch studentských letech, tak jsem celkem byla ne až tak rychle se rozhodující (...) nějaký ty lásky, no tak to jsem celkem měla...ee...nevěděla jsem, jak se mám...ukončit vztah, že jo, nebo spíš jsem to nechávala, jako že jsem byla nerozhodná, ač jsem věděla, že to není dobrý vztah, tak jsem to nechávala, nedokázala jsem se rozhodnout...to bylo na obě strany. Tohleto je dobrý, tady to je špatný a prostě mezitím jsem váhala a nedělala jsem víceméně nic a nechala jsem to nějak jako plynout, až jak se to samo vyvrbí. No. Jsem byla nerozhodná (...) ale to bych zas řekla že je důsledek té životní zkušenosti...že celkem jako nemám problém se rozhodnout.“ (Eliška)

Také Barbora uvádí, že je v rozhodování co se týče zásadních věcí rychlejší. Dříve to pro ni bylo složitější kvůli dětem - věděla, že jsou na nich závislé a že tedy rozhoduje i za ně.

- „No já bych řekla, je to trochu divný, ale že mi nečiní...eeh...moc velký problémy rozhodování o zásadních věcech (...) takový to zásadní rozhodování asi dřív nebylo tak rychlý prostě. Já mám pocit, že teďkom spíš jakoby v tom zásadním rozhodování...jako to mi nedělá problémy. Že možná předtím teda jako...člověk asi jsem byla nějaká opatrnější.“ (Barbora)

Také Jitka a Milan se s ostatními v tomto bodě shodují.

- „No tak víte co, většinou v těch závažných situacích, tam člověk ví...nebo že jo rozumově si vysvětlí proč tohleto a to...V těch závažných věcech, tam si myslím, že ten problém nemám.“ (Jitka)
- „Nemluvim o nějakých existenciálních věcech jo, třeba vnoučata jak vychovávat (...)“ (tam se rozhodnout dokáže) (Milan)

Rovněž Sára uvádí, že v rozhodování problém nevnímá, neměla ho však ani v minulosti. Rozhodování se tak u ní nezměnilo. Jediná také nerozlišuje zásadní rozhodnutí a rozhodování o maličkostech.

- „(...) já myslím, že nemám problém s rozhodováním (...) Jestli si vezmu zelený boty nebo červený, to ne, ale myslím...jestli vjedou do té křižovatky, nebo ne, jo? Nebo jestli něco risknu, nebo ne. Tak já si spíš myslím, že jsem trochu takovej riskér (...) Jo třeba když ten manžel zemřel a ty děti šly na studia, tak jsem říkala, tak můžou jít studovat, budu mít na to peníze? Jo, bude to možný vlastně. No a vždycky jsem si to nějakým způsobem zdůvodnila (...) ale že jsem se vždycky jako nějak rozhodla po úvaze, jo?“ (Sára)

8.3.3.2 Rozhodování v drobnostech je těžší

Kromě Sary se všichni ostatní respondenti shodují, že jim dělá potíže rozhodnout se v situacích každodenního života - například jestli jít plavat nebo ne, kam jet na víkend, apod. Tato tvrzení jsou zajímavá ve srovnání s rozhodováním o zásadních věcech, které je u všech zachovalé a v pořádku.

Milan uvádí, že problémy v rozhodování nejvíce pocituje ve sféře práce, kde to na sobě nejvíce pozná.

- „(...) ale drobnosti, jo. Už můžu začít psát program? Už to máš rozmyšlený? Ještě nee. Už to můžu odevzdat zákazníkovi? Ještě ne, radši (...) Pak to něk udělám, jo? Ale že už zabere čas na...na úvahy, jestli to je dobře...jo...jestli, to rozhodování tak tímhle tím tak zatížený...že...Vim o tom, štvě mě to...zas mluvím o profesi, jo, protože tam to poznám.“ (Milan)

Barbora a Jitka mluví o rozhodování v běžném životě. Obě ženy používají pro tyto situace své metody - Jitka si někdy musí hodit korunou, Barbora nechává za sebe rozhodovat manžela.

- „Tam spíš jde o to se rozhodnout, já nevím...jít plavat a nebo nejít plavat, jo. Takže, takže tam spíš by to bylo o tom hození korunou, jo, tak jdeme teda. Tak zůstanem doma.“ (Jitka)
- „(...) každodenní takový to rozhodování spíš to každodenní, nebo prostě takový to jako...eeh...nevím. Se blíží víkend prostě, čemu dát přednost, jestli teda jet na chalupu, nebo zůstat doma, protože tady máme taky nějakou práci, nebo že bysme mohli s vnučkou někam jít a nebo jestli spíš jet tam (...) A z toho mám i takovej jako pocit psychickéj takovej, když pak někdy nejsem schopná to rozhodnout, no, co by bylo lepší. A vždycky právě to nechám na manželovi. Říkám tak ne, já to nerozhodnu, tak rozhodni ty, co budeme dělat.“ (Barbora)

Naopak Sára se podle svých slov umí rozhodnout i v každodenních situacích, otázka však je, zda se nejedná částečně i o rychlost reakcí. Barbora mezi zásadním a méně důležitým rozhodováním nerozlišuje.

- „(...) jezdím autem, jezdím zaplatpánbu dobře už asi padesát let...no tak jako jo, že se třeba rozhoduju...hm...něk tak jako...nevím, že jo, tam je potřeba rychlý reakce. Tak zaplatpánbu jezdím teda bez nehody padesát let. No tak to je taky třeba o rozhodování...jo?“ (Sára)

8.3.3.3 Shrnutí kategorie rozhodování

Rozhodování rozdělila většina respondentů do dvou množin - rozhodování v zásadních věcech a v drobnostech a každodenním životě. Co se týče rozhodování o důležitém, všichni respondenti jsou na tom nyní dobře. Většina dokonce lépe, než dříve. Tuto skutečnost přisuzují „zmoudření“, větším životním zkušenostem a podobně. Svou roli zde mohla hrát i deprese - setkání s touto těžkou nemocí mohlo změnit hodnotový žebříček respondentů. Paní Barbora například uvádí, že po smrti syna a následné depresi jí už nic nepřipadá tolik důležité, je tedy snazší se rozhodnout, když život trochu ztratil na síle. Paní Jitka se zase díky depresi naučila říkat „ne“ a být asertivnější především vůči kolegům v práci.

Naopak v drobnostech a každodenních situacích mají kromě paní Sáry všichni potíže se rozhodnout. Nevíme, zda to je vliv deprese, nebo jiných faktorů.

8.3.4 Aktuální stav pozornosti

Z hlediska pozornosti se respondenti shodují, že zatímco v určitých situacích pozornost udržet dokážou, v jiných selhávají. V konkrétních aspektech se však liší. Sára a Jitka uvádějí, že celkově je jejich pozornost stejná, jako v období před depresí, i ony však uvádějí určité drobné rozdíly.

- „(...) no lepší to nebylo! To jako nikdy nebyla moje silná stránka úplně...bez nějakýho nucení a bez nějakýho...takový ty morálně volní vlastnosti, co člověk má, že jo, tak ti pozornost, to jsem vždycky...Tohle je taková věc, která není moc směrodatná možná. Jo, že to bylo i tenkrát, i vlastně teď.“ (Sára)
- „Daří (udržet pozornost), já bych řekla normálně (...) Což teďko teda problém žádný takovejhle nemám. Že prostě bych řekla, že jsem vlastně tak, jak jsem byla předtím, když jsem byla zdravá. Že...že nemám problém s tímhletem.“ (Jitka)

Zjistili jsme, že poruchy pozornosti mohou být kvalitativní či kvantitativní povahy.

8.3.4.1 Kvantitativní poruchy pozornosti

Do těchto poruch řadíme ta trvání, která vypovídají o délce soustředění či objemu materiálu, na který se respondenti zvládnou soustředit ve stejnou dobu.

Například Eliška se sice dokáže soustředit v práci i dnes, ale pouze kratší dobu.

- „Nedokážu takhle pracovat celý den samozřejmě, takže si...dělám takový přestávky...že to vidím, že už jako bych dělala chyby, takže...ale jinak to jako zvládám. Jako dokážu se soustředit, když je třeba, tak prostě třeba tu práci dodělat, nebo takhle. Nemůžu jako osm hodin takovým tempem, to rozhodně jako ne...“ (Eliška)

Milan a Jitka shodně hovoří o objemu materiálu, na který se dokážou soustředit. V porovnání s obdobím před depresí (což ve většině případů znamená s mládím) je toho nyní méně.

- „Ale je pravda, že se mi někdy stává, že...že mi některý věci, který jsem dřív vnímala, jo, periferně, že mi teď vůbec...že mi unikají, jo? (...) Zaměřím se vlastně...soustředím se jenom na tu jednu věc, jo. To ostatní už potom jako...nevnímám tak, jako jsem to vnímala dřív.“(Jitka)
- „(...) v běžném rozhovoru s ženou, s klukem, se synem, že jo, že jako když...když už těch dejme tomu myšlenek, nebo slov je moc, tak to počkej, řekni mi to ještě jednou, nebo dost, já se zeptám a takhle, jo? Větší úsek informace prostě...si hůř jako...zpracovávám (...) v mládí tu pozornost jsem jí nevnímal, jestli jí mám dobrou nebo špatnou. Spíš jsem byl pozornej bych řekl. Byl jsem schopnej jako koukat, co kde lítá, v tom smyslu jako informace vstřebávat, to jako my potíže nedělalo.“ (Milan)

8.3.4.2 Kvalitativní poruchy pozornosti

Jako kvalitativní poruchy pozornosti označujeme ty, při kterých se respondenti na určité věci soustředit dokážou a na jiné ne. Roli zde tudíž hraje objekt, na který se mají soustředit.

Barbora například uvádí, že ačkoliv je na tom s pozorností poměrně dobře, občas se jí vlivem nesoustředěnosti podaří udělat nějakou chybu.

- „(...) No je fakt, že se mi stává teďkom v té době věci, který se mi dřív nestávaly. Zrovna tady jsem jednou jsem šla k paní doktorce, zaparkovala jsem tam auto v ulici a když jsem přecházela přes silnici, tak jsem zjistila, že se mi rozjelo, že nemělo zataženou ruční brzdu (...) Že se mně stalo teď poslední dobou, že jsem třeba (smích) při vaření použila místo soli cukr. Tak to je možná taky, že člověk zrovna teda jako není moc...zrovna prostě myslí na něco jinýho, ale šáhne po náký jiný úplně pixle“(Barbora)

Podobně Sára takzvaně „vypne“, když ji objekt soustředění dostatečně nezaujme.

- „Jsem třeba v kině, je to nákej film, který není úplně můj šálek, jo, kávy, a tak jako vlastně se začnu toulat trochu. Jo, po svým si tam něco...A nebo třeba jdeme na koncert a je to muzika, která mně úplně nesedí, tak jako...mm...pustím to, jako nevnímám to.“ (Sára)

Respondenti si rovněž všimli, že pozornost může souviset s fungováním dalších kognitivních funkcí - například paměti či vůle. To, co se tedy zdánlivě jeví jako zhoršená pozornost, může být ve skutečnosti důsledkem zhoršené paměti či slabé vůle.

- „(...) nemám právě pocit...ono to právě bude spíš tou pamětí asi, ne tou pozorností. Jo, jakože bych ztrácela pozornost, že bych se přistihla, že se na to dívám a myslím na něco jinýho, to ne, to nemám, to ne. To se nepřistihnu takhle při tom. To spíš bude tou pamětí, spíš to bude tím, že to jako slyším, vidím, ale asi se to neuloží nák (smích).“ (Barbora)
- „A je to otázka asi vůle, že kdybych se přinutila, že vydržím dýl jako...no, ale nedělám si tak násilí (smích).“ (Eliška)

8.3.4.3 Shrnutí kategorie pozornost

Z hlediska pozornosti jsme rozlišili kvantitativní a kvalitativní poruchy pozornosti. Všichni respondenti vnímají v současné době drobná či větší zhoršení pozornosti. Někteří se nedokáží naráz soustředit na stejné množství informací, jako dříve. Jiní udrží pozornost kratší dobu. Konečně u dalších se poruchy pozornosti projevují pouze v určitých situacích - například když se nudí. Někteří respondenti si všimli, že pozornost může být provázána s dalšími funkcemi, především pak s pamětí a vůlí. Tak jako u jiných poruch kognice není ani zde zřejmé, zda je zhoršení způsobené prožitou depresí, či jinými faktory.

8.3.5 Vliv jiných faktorů na kognitivní funkce

Tato kategorie do určité míry zastřešuje všechny předešlé. Celý výzkum byl realizován s cílem zjistit, zda měla deprese takový vliv na kognitivní funkce, který by přetrval i v období remise. Všichni respondenti se k tomuto tématu v průběhu rozhovoru spontánně vyjadřovali ještě dříve, než dostali přímou otázku. V rámci kategorie jsme rozlišili vliv věku, který se dle výpovědí zkoumaných jedinců jeví jako ústřední a vliv dalších faktorů (kromě deprese samotné).

8.3.5.1 Vliv věku na kognitivní funkce

Tato subkategorie prochází jako červená niť celým výzkumem. Čtyři respondenti se shodli, že na zhoršení jejich kognitivních funkcí (pokud nějaké vnímají) měl větší vliv věk, nežli deprese. Pouze Barbora o věku přímo nemluví. Otázka, zda je deficit více způsobený věkem, nežli depresí, případně v jakém poměru se oba tyto faktory nacházejí, však pro nás nadále zůstává nezodpovězená.

Odlišit věk a depresi je u některých těžké i z toho důvodu, že je první depresivní epizoda zasáhla již v mládí. Respondenti si většinou nedokázali vybavit, zda v období první remise nějaký deficit vnímali - je to příliš dávno. Za všechny to shrnuje například paní Eliška.

- „Před depresema, jak vám říkám, to bylo ve čtyřiaadvaceti letech a je mi padesát. To je před šestadvaceti lety a tak mladej člověk má přeci jen tu paměť lepší i z toho

hlediska, že jo, že ke stáru nebo s věkem se to horší. To by musel být génius, aby si všechno (smích) pamatoval jako v mládí, to jde lehčeji i to učení a všechno, že jo.“ (Eliška)

Jitka, Eliška i Milan přímo uvádějí, že zhoršení některých svých funkcí neřičítají depresi, ale věku. Milan to dokazuje na skutečnosti, že ihned po skončení léčby na depresi se mohl bez problémů začlenit zpět do pracovního procesu. Zhoršení kognitivních funkcí přišlo až později.

- *„No to bych taky řekla, že ani tak možná nesouvisí s tou depresí, jako s věkem (...). Ale víte co, ono je to opravdu ošidný, protože zase jak vám říkám, je to deset let. A ten mozek prostě stárne. To jako deprese nedeprese, to prostě nezměníte, že jo...“ (Jitka)*
- *„Jo, já nevím, čím to je, jestli je to depresí bejvalou, nebo čím, já si spíš myslím, že je to stářím (...) Já jsem vlastně poté, co jsem jako skončil tady s léčbou, tak jsem vlastně skoro hned mohl začít pracovat dál, takže to...jo, to šlo. Spíš věkem. Bych řekl já. Subjektivně.“ (Milan)*
- *„(...) to si myslím, že je ale důsledek věku a ne tý nemoci...“ (Eliška)*

Ne tak jistě se k tomuto tématu vyjadřuje Sára. Vliv věku zmiňuje, ale neví, do jaké míry se na drobných potížích, které má, podepsal.

- *„Teď v tuhleto chvíli...no tak já nemůžu říct, že je to stoprocentní, jo, protože už taky asi ten věk se na tom svým způsobem podepisuje...“ (Sára)*

8.3.5.2 Vliv dalších faktorů na kognitivní funkce

Kromě věku a deprese však na výkonnost z hlediska kognitivních funkcí mohli mít i další rozmanité faktory. Respondenti zmiňovali faktory fyziologické, osobnostní, interpersonální, biografické, faktory prostředí, atd.

Paní Sára se například domnívá, že během deprese byly veškeré její potíže spojeny s poruchami spánku. Pan Milan zase přisuzuje zpomalení svého psychomotorického tempa artróze.

- *„Jo, já myslím, že to všechno prostě způsoboval ten problém s tím spánkem. Ten mě strašně vysiloval. Já jsem se k tomu nikdy nepřiznala, že je to až tak strašný, protože...když mně někdo říkal, tak prosím tě, tak něco dělej v noci...třeba já nevím, tak chod' se psem ven, nebo...no tak jsem jako blázen že jo vzala psa a šly jsme ve dvě ve tři na procházku! Já jsem myslela, že usnu, no. Neusnula jsem, že jo, prostě ráno v šest jsem už zase byla na nohou a šla jsem na sedmou do práce. Takže tam se to pak někde muselo sečíst a jako...“ (Sára)*

- „Ale je to taky tím...mám asi artrózu, nebo co, prostě kolena a páteř a klouby, takže...ohybám se o hodně pomalejc, než dřív, dřív se člověk pohyboval rychlejc, ale taky je to tím že teda mám potíže s klouby. Mě bolí. Páteř mě bolí a tak.“ (Milan)

Spíše osobnostní faktory zmiňují Jitka a Eliška v souvislosti s rozhodováním a s vůlí.

- „(...)ale to spíš že jsem líná, že je to moje vlastnost (smích) (...) jako tenhlecten sklon, že jsem odkládala na poslední chvíli věci jsem měla už na tý vysoký škole...jsem se soustavně neučila až v tom zkouškovém období a to taky až potom v noci před zkouškou...takže to je taky vlastnost asi podle mě.“ (Eliška)
- „Ale to opravdu asi s tou...to nesouvisí s tou depresí, to souvisí s tím založením člověka no...hrozně. No potom...k rozumu, by se dalo říct nebo tak nějak.“ (Jitka)

Vliv životní zkušenosti a prožitých událostí jako příčinu změn v kognitivních funkcích uvádějí Barbora a Eliška (v souvislosti s rozhodováním).

- „(...) ale to bych zas řekla že je důsledek té životní zkušenosti (...) že už člověk je takovej sebejistej...žije v nějakým, já teda spořádaným manželství, práci, jedenáctej rok už tam budu, že je to prostě už takový zaběhlý...a nejsou náky nové věci, který bych neuměla řešit...to už v tomhle věku se tolik nevyskytují. Takže myslím tomuhle že by se to dalo přisoudit.“ (Eliška)
- „Možná, že člověk byl opatrnější, dokad ty děti jako byly závislý, že jo, na nás, tak prostě člověk spíš se bál udělat náky zásadní rozhodnutí (...) prostě tím, co se stalo i s tím jako synem našim, protože já jsem si v ten moment prostě řekla, že se mně už nemůže v životě nic horšího stát, než se mi stalo, a přestala jsem se jakoby asi bát (...) a že i kdyby se mi vlastně něco stalo, tak že vlastně je mi to jedno už, protože už se mi nic horšího...už mě to nejhorší potkalo a vlastně i když tam teda někde dostanu infarkt v tom metru, tak že vlastně už mi to je fuk, protože mně už na tom životě můj tak nezáleží.“ (Barbora)

Vliv interpersonálních faktorů na úroveň svých kognitivních funkcí zmiňuje Milan.

- „Jenže poslední asi dva nebo tři roky se to myslím se ženou zhoršuje a...no a to cítím, že mi jako vadí. Vadí v tom, jako nemyslím psychologicky, ale že od toho to trošku mám.“ (Milan)

Konečně spíše než zhoršené funkci paměti přisuzuje paní Eliška své zapomínání faktorům prostředí.

- „(...) No...je to jako horší, ale...nevím, jestli bych to přisuzovala těm depresím. Bydlela jsem v menším bytě, takže tam byl nějaký řád, tam nebylo tolik místa, kam to dávat, že jo, spíš to přisuzuju tomuhle. Ale to jako důvod toho asi je, že tam nemám žádný systém a že to prostě pokaždý dám někam jinam. Kdyby to mělo nějaký systém, že tyhle věci patří tam a fakt se tam dávali, tak by to bylo samozřejmě lepší (smích)“ (Eliška)

8.3.5.3 Shrnutí kategorie faktorů ovlivňujících kognitivní funkce

Aniž bychom se na to respondentů přímo ptali, všichni vykazovali tendenci přičítat zhoršené kognitivní funkce spíše jiným faktorům, než vlivu deprese.

Kromě Barbory určují všichni jako hlavního viníka věk a efekt stárnutí. Všichni respondenti jsou skutečně starší 50 let (nejmladší je Eliška, té je nyní 50 let), efekt stárnutí zde tedy může hrát svou roli. Podle výpovědi respondentů pociťuje největší deficit v oblasti kognice pan Milan, který je také ze všech nejstarší (66 let). Odlišit vliv věku a deprese je obtížné i pro samotné respondenty, například Milan to vyjadřuje takto:

- „Todle mi mě jako vnitřně zajímalo, jestli to je důsledek deprese, nebo důsledek let. Ale jak se to dá objektivně zjistit, to netuším.“ (Milan)

Paní Barbora jako jediná věk nezmiňuje, více ji ovlivnily interpersonální a autobiografické faktory. Vzhledem k šoku, který prožila po ztrátě syna a následné depresi, není stále schopná se zapojit do normálního života. Jelikož nepracuje, nemá možnost kognitivní funkce tolik trénovat a vlastně ani neví, jak by jejich úroveň vypadala po opětovném zapojení se do pracovního procesu. U Barbory by bylo zajímavé zjistit, zda deficit, který pociťuje, byl skutečně způsobený depresí, nebo spíše tragickou událostí v rodině, která depresi vyvolala.

Respondenti dále zmiňují faktory fyziologické (např. poruchy spánku - vliv na celou oblast kognice, artróza - vliv na psychomotorické tempo), osobnostní (např. lenost - vliv na vůli, osobnostní založení - vliv na rozhodování), autobiografické (např. větší životní zkušenosti - vliv na rozhodování), interpersonální (např. psychický stav manželky - vliv na celou oblast kognice) nebo faktory prostředí (např. větší byt - vliv na zapomínání).

8.4 Vyhodnocení škály

Všichni respondenti byli v závěru rozhovoru vyzváni, aby zkusili porovnat aktuální stav jednotlivých kognitivních funkcí a stav minulý (v depresi nebo ještě před depresí) na škále od 0 (stav, kdy daná kognitivní funkce vůbec nefungovala) do 10 (stav, kdy je daná kognitivní funkce zcela v pořádku). Jednalo se spíše o orientační průzkum pokud upřesnit a kvantifikovat změny v kognici - pokud nějaké byly. Výsledky těchto škál uvádíme v tab. 8.6 na následující straně

| | Sára | | | Eliška | | | Milan | | | Barbora | | | Jitka | | |
|---|------|-----|------|--------|-----|-----|-------|---|-----|---------|---|------|-------|---|-----|
| před(<), během(=), po(>) | < | = | > | < | = | > | < | = | > | < | = | > | < | = | > |
| Paměť | | 6-7 | 8 | | 4 | 8-9 | 7-8 | | 3-4 | 8 | | 5 | 10 | | 7-8 |
| Učení | | 0 | 10 | | 0-1 | 8 | 8-9 | | 3-4 | 8 | | 3-4 | 10 | | 8 |
| Vůle | | 7-9 | 10 | | 2 | 6 | 5 | | 7 | 7 | | 7 | 9 | | 8 |
| Rozhod. | | 5 | 9-10 | | 0 | 9 | 8-9 | | 2-3 | 5z8d | | 8z4d | 9 | | 7 |
| Pozornost | | 6-7 | 6-7 | | 1 | 8 | 7-8 | | 3-4 | 9 | | 8 | 9-10 | | 7-8 |
| pozn.: Rozhodování u Barbory - z=zásadní rozhodování, d = rozhodování v drobnostech | | | | | | | | | | | | | | | |

Tabulka 8.6: Výsledky škály (0-10) u daných kognitivních funkcí před, během a po depresi

8.5 Shrnutí výsledků výzkumu

Výzkum byl realizován s cílem prozkoumat aktuální úroveň kognitivních funkcí u depresivních jedinců v remisi ve srovnání s obdobím před depresí. Předpokládali jsme, že úroveň kognice po prožité depresi bude u těchto jedinců nižší, než před depresí. Zaměřili jsme se na paměť, schopnost učení, vůli, rozhodování, pozornost a psychomotorické tempo.

Na základě nasbíraných dat a následné analýzy jsme vytvořili kategorie týkající se paměti, pozornosti a rozhodování. Vedle toho se vynořila kategorie práce a kategorie faktorů, které mohly mít na kognici vliv mimo depresi.

Jistě je zřejmé, že pro učení, vůli a psychomotorické tempo kategorie vytvořené nebyly. Měli jsme k tomu následující důvody:

- Schopnost učení se v mnohých aspektech prolínala s pamětí, bylo by tedy nesmyslné tyto funkce od sebe oddělovat. Respondenti sami měli tendenci tyto oblasti kognitivních funkcí spojovat či zaměňovat. Kategorii paměti vnímáme jako nadřazenou pro schopnost učení a související data jsou uvedena právě zde.
- U vůle nebyly shledány rozdíly v období před a po depresi. Většina respondentů uvedla, že je na tom s vůlí „pořád stejně“, tj. „někdy se chce, někdy ne“. Považují to za normální a nepřikládají tomu žádnou důležitost. Výjimku tvoří pan Milan, který tvrdí, že je u něj vůle lepší, než dříve. Po hlubším prozkoumání jeho výpovědi vyplývá, že vnímá funkci vůle odlišně od ostatních. Vůle se podle něj zapojuje teprve tehdy, když si jí on sám uvědomuje. Dříve tedy jednal spontánně a nemusel se do úkolů nutit (tj. nepoužíval vůli), teprve nyní ho povinnosti stojí větší úsilí a vůle je tedy „lepší“.

- Pro psychomotorické tempo nebyla vytvořena kategorie, neboť na tuto oblast ani při samotném výzkumu nebyl kladen důraz. Respondenti vesměs uváděli, že jsou dnes o něco pomalejší, pokud však musí rychle zareagovat, dokáží to.

Naše prvotní předpoklady o výsledcích výzkumu se potvrdily jen částečně. Jelikož jsme exekutivní funkce (vůli a rozhodování) zahrnuli do oblasti kognice, není pravda, že je celková úroveň kognice u depresivních jedinců v remisi nižší, než před prvním atakem deprese. Kognitivní funkce jsou u respondentů zjevně zasažené nerovnoměrně.

Podle subjektivních výpovědí lze říci, že je zasažená určitá složka paměti (kterou někteří respondenti označují jako krátkodobou paměť), což ovlivňuje jejich schopnost učení se novému (věci naučené v minulosti jim v paměti zůstávají). Považujeme za důležité na tomto místě zmínit, že hranice mezi tzv. „krátkodobou“ a „dlouhodobou“ pamětí jsou nejasné. Většina respondentů se shoduje, že je jejich úroveň dlouhodobé paměti dobrá, avšak každý si pod tímto pojmem představuje něco trochu jiného. Mohou to být informace, které se respondenti naučili v minulosti a nyní si je stále pamatují. Pod tuto složku jsou však současně zahrnována data, která se naučí nyní a pamatují si je „dlouho“, tj. například rok. Pod dlouhodobou paměť může také podle některých spadat fungování v každodenním životě, tj. pamatování si úkolů, povinností, apod. Z výpadků paměti je naopak viněna paměť „krátkodobá“ či „střednědobá“. Tyto výpadky jsou spojovány se ztrácením věcí, se zapomínáním některých slov či informací, s neschopností udržet náraz v hlavě více dat či s problémy v aktuální schopnosti učit se novému. Některé výpovědi působí v tomto ohledu rozporuplně - jedna respondentka například uvádí, že se nedokáže naučit nové věci (konkrétně slovíčka v cizím jazyce), avšak na druhou stranu si dokáže třeba i rok pamatovat názvy míst, kde byla na dovolené. Celkově lze shrnout, že si většina respondentů na paměť v různé míře stěžuje. Pouze jedna respondentka svou úroveň paměti považuje za dobrou (jen s mírnými výjimkami).

Druhá funkce, jejíž úroveň se u většiny zdá být zhoršená ve srovnání s obdobím před depresí, je pozornost. Zde jsme rozlišili kvantitativní poruchy (dokáží se soustředit na méně věcí současně, nebo kratší dobu) a kvalitativní poruchy (ztrácí pozornost v závislosti na objektu soustředění, nebo občas udělají „chybu“ z roztržitosti). Jedná se spíše o pracovní rozdělení této funkce, oba typy poruch spolu mohou souviset. Většina respondentů zmiňuje poruchy pozornosti kvantitativního rázu. V práci si například někteří musí dělat častěji přestávky, aby se dokázali soustředit. Jiní vnímají omezení šíře pozornosti – dříve dokázali periferně obsáhnout více vjemů, nyní se musí soustředit pouze na daný objekt a ostatní jim uniká. Z kvalitativních poruch zmiňme například roztržitost, kdy jedinci při automatické činnosti udělají chybu (například při vaření použijí místo soli cukr). Řadíme sem také „utíkáni pozornosti“, tj. neschopnost se soustředit na objekt, který je nezajímavý či nudný. Ačkoliv dvě respondentky na úvod k pozornosti uvedly, že je u nich stále stejná a tím pádem by neměla souviset s prožitou depresí, jedna z nich poté své tvrzení opravila a řekla, že určité rozdíly oproti dřívější úrovni vnímá. Proto lze tvrdit, že si většina jedinců na poruchy pozornosti stěžuje a to především na poruchy kvantitativního

rázu.

Funkce rozhodování se svým průběhem vymyká ostatním kognitivním funkcím. Zatímco u paměti, učení, vůle, pozornosti a psychomotorického tempa můžeme říct, že jejich úroveň zůstává stejná nebo se zhoršuje, schopnost rozhodování se v určitém aspektu zdá být lepší. Respondenti tuto oblast rozdělili na zásadní, důležitá rozhodnutí a každodenní, banální rozhodnutí. Zatímco v běžných situacích respondenti pociťují určitý deficit rozhodování, v zásadních věcech se nyní rozhodují snadněji než dříve. Schopnost učinit důležitá rozhodnutí se tím stává jedinou oblastí, která se překvapivě může s prožitou depresí naopak zlepšit. Tuto skutečnost si vysvětlujeme dvěma důvody. Za prvé, schopnost rozhodování je dle našeho názoru více ovlivněna osobnostními rysy a negativní vliv stárnutí či nemoci je proto potlačen. Naopak je pravděpodobné, že čím je člověk starší a má za sebou těžší životní zkušenosti (tedy například unipolární depresivní poruchu v anamnéze), tím lépe se dokáže v důležitých aspektech rozhodnout. Svůj vliv zde může hrát změna životních hodnot, pocit, že v porovnání s minulými zážitky již nic nemůže být tak těžké, případně menší lpění na životě jako takovém. Pokud život sám o sobě trochu pozbude na ceně, je zřejmé, že žádné rozhodnutí nemůže být tak složité, neboť, jak se vyjádřila jedna respondentka, „již nemáme co ztratit“. Každodenní a banální rozhodnutí se však dělají hůře, což může více souviset s fungováním mozku a mimo jiné například i s psychomotorickým tempem.

Zajímavé jsou i zbylé dvě kategorie. V kategorii práce vyplynulo, že se díky pracovní činnosti kognitivní funkce trénují a zůstávají déle funkční. Z našich respondentů aktivně pracovali pouze dva, dva byli v důchodu (ale příležitostně pracovali na soukromých zakázkách) a jedna respondentka se po prožité depresi do práce zatím nevrátila. Pracující respondentky uvedly, že i když cítí jisté zhoršení například v pozornosti či paměti, v práci se stále dokáží přinutit a fungovat normálně. Nepracující respondenti vyjádřili obavy z toho, jak by se v aktuální situaci dokázali do profesního života opětovně zapojit.

Konečně poslední kategorii týkající se vlivu jiných faktorů na kognitivní funkce považujeme v našem výzkumu za klíčovou. Všichni respondenti „sváděli“ zhoršení některých kognitivních funkcí spíše na jiné vlivy, než depresi. Depresi deficit „nevyčítají“ a z ničeho ji „neobviňují“. Domnívají se, že vzhledem k jejich pokročilému věku je velmi těžké odlišit vliv deprese od jiných proměnných. Jako největší viník se tedy jeví věk a efekt stárnutí. Ilustraci této teorie můžeme předložit na tvrzení jednoho z respondentů, který nepovažuje depresi za předěl mezi normálním a zhoršeným fungováním kognitivních funkcí. Naopak po uzdravě z deprese mohl hned bez problémů nastoupit do práce. Skutečnou hranici vidí až s přechodem do důchodu. V tomto ohledu by deficit v kognici mohl souviset také s kategorií práce - ve chvíli, kdy se kognitivní funkce přestanou trénovat, začnou se rychleji horšit. Respondenti dále jmenovali i faktory osobnostní, interpersonální, environmentální, autobiografické, apod.

8.6 Zpětná vazba na výsledky výzkumu

Protože nás zajímalo, zda jsme se v závěrečném shrnutí výsledků nedopustili zásadních odchylek od původních tvrzení respondentů, zaslali jsme toto shrnutí jedné z účastnic výzkumu. Uvědomujeme si, že veškerá shrnutí současně popírají individualitu jednotlivých respondentů, přáli jsme si proto vědět, zda by se její individuální pohled dal zpětně v souhrnu nalézt. Obdrželi jsme tuto reakci:

„Té Vaší práci nemohu nic vytknout, asi se opravdu nedá odlišit zhoršení paměti způsobené nemocí od přirozeného stárnutí. Osobně si myslím, že ten, kdo prošel "údolím smrti", změní vztah k životu po všech stránkách, jak osobní, pracovní, vztahové atd. Ještě jednu věc: osvěta o duševních nemocech je moc důležitá a v naší společnosti stále na okraji, přestože právě to je pro nemocného člověka "první pomoc". Proto Vám přeju úspěch nejen v této etapě života ale i v budoucnu. Doufám, že budete tím světlem, které mnoho lidí potřebuje.“

Jitka, prosinec 2007

Náš výzkum má řadu limitů, kterých jsme si vědomi. Vzhledem k těmto okolnostem je nutné brát výsledky s jistou rezervou. V následujících částech se pokusíme nahlédnout na celý výzkum s odstupem a zhodnotit jeho jednotlivé pasáže.

9.1 Metodologie

Výzkumný soubor

Do výzkumu jsme v první fázi zařadili 6 osob, pouze 5 však v okamžiku rozhovoru dosahovalo remise. Tyto osoby jsme zvolili metodou záměrného výběru tak, aby splňovali naše kritéria (pacienti PCP, diagnóza unipolární deprese v anamnéze, v době rozhovoru nebyli hospitalizováni). Je zřejmé, že by výsledky výzkumu mohly být validnější, pokud bychom získali data od více osob nebo pokud bychom zvýšili počet kritérií. Vzhledem k časovým možnostem jsme však dali přednost menšímu vzorku a metodě hloubkového rozhovoru. Jelikož bylo složité získat přístup k pacientům s danou diagnózou, jenž nebyli v dané chvíli hospitalizováni, rozhodli jsme se nezvyšovat počet kritérií a nechat si širší možnosti výběru pro případ, že by část pacientů výzkum odmítla z důvodu omezených časových možností či jiných (což se také skutečně stalo).

Z výše uvedených důvodů byl výsledný soubor nevyvážený především z hlediska věku a pohlaví. Především vyšší věk všech respondentů vnímáme jako limitující faktor, neboť řada deficitů v oblasti kognitivních funkcí mohla být způsobena touto proměnnou spíše než depresí. Na druhou stranu je známo, že se deprese průměrně objevuje spíše ve vyšším věku, je tedy možné, že bychom mladší osoby splňující daná kritéria hledali obtížněji. Stejně je tomu s pohlavím respondentů - měli jsme možnost čerpat z databáze, která obsahovala mnohem více žen, než mužů.

Klíčová podmínka našeho výzkumu, tj. dosažení remise, byla určena škálou MADRS a druhotně také sebeposouzením všech respondentů. Zde bychom mohli zmínit pouze nižší zkušenosti výzkumníka s administrací MADRS, mohlo tedy dojít k mírné odchylce od skutečné hodnoty. Domníváme se však, že tato odchylka by v žádném případě nebyla tak vysoká, aby přesáhla tři body (nejvyšší hodnota respondentů byla 9 bodů) a my bychom tedy mylně označili remisi tam, kde jí dosaženo nebylo.

Metoda

Pro naši studii jsme zvolili kvalitativní metodu - semistrukturovaný rozhovor. Tato metoda se zdála být nejvhodnější vzhledem k cílům výzkumu (tj. hlubšímu porozumění subjektivního pohledu depresivních jedinců v remisi na fungování vlastních kognitivních funkcí). Semistrukturovaný rozhovor se pro méně zkušené administrátory hodí lépe, než třeba rozhovor volný či plně strukturovaný. Umožňuje držet se tématu a současně pokládat doplňující otázky pro jeho rozšíření.

Předem jsme vytvořili návod obsahující klíčové otázky, na které jsme se respondenti chtěli zeptat. Dbali jsme při tom na formulaci otázek, které měli být co nejotevřenější a současně nezabíhat od tématu. Soustředili jsme se na to, aby návod nevynechal žádnou oblast kognitivních funkcí, které jsme si přáli prozkoumat. V závěru jsme se rozhodli využít metodu škály, abychom data zpřesnili a aby si respondenti ještě jednou sami ujasnili, jak své kognitivní funkce hodnotí.

Sběr dat

Na sběr dat měla tazatelka a současně autorka práce omezené časové možnosti, což zpětně vnímáme jako určitou rezervu. Probíhal v průběhu necelých dvou měsíců a vzhledem k vysoké časové vytíženosti tazatelky vždy v podvečerních hodinách.

Místo setkání si respondenti mohli vybrat podle vlastních možností. Tím se zvýšilo riziko, že ve výzkumu bude hrát prostředí roli nežádoucí proměnné. Dali jsme však přednost tomu, aby se účastníci výzkumu cítili dobře a bezpečně před tím, abychom vybrali pouze jedno „umělé“ prostředí. Nakonec si tři respondenti vybrali k setkání prostory PCP, jedna respondentka vlastní dům a další respondentka kavárnu. Dle našeho názoru nakonec prostředí nehrálo pro sběr dat roli.

Abychom zvýšili validitu získaných informací, dbali jsme na navázání dobrého kontaktu se všemi respondenty. Na úvod jsme se snažili uvolnit atmosféru volným povídáním o cestě na místo setkání, počasí, a podobně. Dále jsme nechali respondenty volně povídat o jejich zkušenostech s depresí, ačkoliv se tato data přímo nevztahovala k našemu tématu. Důraz jsme kladli také na to, aby se všichni účastníci cítili dobře, bezpečně a měli všechny potřebné informace o výzkumu a způsobu nakládání se získanými daty. Účastníky jsme na úvod krátce informovali o celé studii a dali jim podepsat informovaný souhlas, na jehož pročetění jsme jim nechali dostatek času. Ujistili jsme se, že respondenti nemají žádné fyziologické či jiné obtíže, které by jim bránily soustředit se na naše otázky. Respondenti byli ujištěni, že budeme dbát na zachování jejich plné anonymity.

Domníváme se, že jsme po této stránce dosáhli vysoké validity. Se všemi respondenty se podařilo navázat příjemný kontakt a výzkum zpětně hodnotili pozitivně. Účastníci nedostávali žádnou finanční odměnu, ale slíbili jsme jim zaslat zpětnou vazbu k výsledkům výzkumu.

Z hlediska samotného dotazování všechny rozhovory prováděla tatáž osoba. Tím se na

jednu stranu zvýšilo riziko subjektivního zkreslení informací, zároveň však snížilo riziko, že by každý rozhovor měl jiný průběh, případně že by byli otázky pokládány jiným tónem hlasu, apod. Případný nedostatek způsobený subjektivním zkreslením jsme se snažili odstranit v následné fázi analýzy dat.

Analýza dat

Jak jsme již zmínili v popisu výzkumu, použili jsme jako metodu kontroly validity triangulaci analyzandů. Ačkoliv samotné dotazování prováděla pouze autorka práce, na analýze se již vedle autorky podílely nezávisle na sobě dvě další osoby. Jednalo se o přátele autorky, nepsychology, muže a ženu ve věku shodném s autorkou, tj. 25 let. Jelikož oba analyzandi neměli psychologické vzdělání, naopak se jednalo spíše o technické typy, bylo nutné sepsat návod k analýze, podle kterého se všechny tři osoby musely řídit. Malá zkušenost s analýzou dat kvalitativní povahy byla jistě na překážku samotné analýze a mohla zkreslit její výsledky. Současně se domníváme, že odlišný úhel pohledu způsobený jiným vzděláním mohl být také přínosem a vnést do výzkumu nové světlo.

Po fázi analýzy se všichni tři analyzandi sešli a diskutovali o výsledcích. Snažili jsme se vycházet z principu, že spíše než se snažit hledat shody mezi analýzami, je nutné zjišťovat, v čem se liší. Takto jsme nakonec syntézou dospěli k pěti výsledným kategoriím, z nichž na každé z nich se z hlediska obsahu (nikoliv názvu) shodli alespoň dva z analyzandů.

9.2 Výsledky výzkumu

Než jsme dospěli k výsledkům, museli jsme nejprve text (tj. přepsané rozhovory) roztříštit na malé významové jednotky, které jsme se poté pokoušeli znovu spojit v ucelené a smysluplné celky.

Z analýzy textu se vynořilo pět kategorií: Paměť - dlouhodobá versus krátkodobá, Práce, Rozhodování - v zásadních věcech versus v drobnostech, Poruchy pozornosti - kvantitativní a kvalitativní a Jiné vlivy na kognitivní funkce. Na základě subjektivní výpovědi respondentů se ukázalo, že úroveň jejich kognitivních funkcí není rovnoměrná. Abychom dospěli k obecným závěrům, nemohli jsme dokonce ani ponechat stávající rozdělení kognitivních funkcí.

Respondenti se shodli, že mají zhoršenou určitou složku paměti, jež se svou charakteristikou zřejmě nejvíce blíží paměti krátkodobé. Dlouhodobá paměť je naopak zachovalá. Schopnost učení úzce souvisí s pamětí a mnohdy je s pamětí také zaměňováno. Učení se novému je tedy pro ty respondenty, kteří uvádějí sníženou úroveň krátkodobé paměti, rovněž složité. Vůle se ve srovnání s obdobím před depresí jeví jako nezměněná. Rozhodování se opět dělí na rozhodování v zásadních věcech, které je pro většinu respondentů snazší a rozhodování v každodenních situacích, které je naopak složitější. Většina respondentů vnímá menší či větší poruchy soustředění, jež jsou kvalitativního i kvantitativního rázu.

Konečně psychomotorické tempo je nyní spíše pomalejší, ve výzkumu jsme na něj však nekladli důraz a proto tento závěr není podložený hlubším dotazováním.

Pokud máme posoudit, zda je snížení kognitivních funkcí způsobené depresí, dostáváme se pouze do roviny hypotéz. Respondenti však většinu svých potíží přisuzují věku a efektu stárnutí, případně jiným faktorům. Přiznávají však, že sami nedokáží vliv věku a deprese odlišit. Zde vidíme zřejmě největší limity celého výzkumu a současně poučení pro budoucí studie. Abychom mohli vyloučit efekt věku na zhoršené kognitivní funkce, museli bychom výzkum provést i s mladšími respondenty.

Z hlediska validity získaných dat musíme rovněž zmínit, že si výpovědi respondentů v mnohých případech protirečily. Na otázku například nejdříve odpovíděli, že žádné zhoršení necítí, postupným dotazováním se na konkrétní příklady však sami uvedli, že daná funkce „vlastně trochu zhoršená je“. Někteří již během rozhovoru zmiňovali, že je pro ně velmi těžké sami sebe posoudit, zvláště když se ptáme na období, které mohlo být i před dvaceti lety.

Další omezení vidíme v provázanosti kognitivních funkcí. Jelikož jednotlivé funkce nefungují nezávisle na sobě, je někdy složité odlišit příčinu a důsledek. Jsou například potíže se soustředěním způsobené deficitem v pozornosti, a nebo je to jen důsledek slabé vůle? Podobně se můžeme ptát u řady dalších oblastí.

Konečně si musíme položit otázku, zda respondenti skutečně rozuměli pojmům paměť, učení, pozornost, rozhodování a psychomotorické tempo stejně. Zřetelně se to projevilo například u rozlišení krátkodobé a dlouhodobé paměti, kde se objevily rozdílné reprezentace. Také pod pojmem vůle si jeden respondent představil poněkud odlišnou složku kognice, než ostatní. Je důležité si uvědomit, že tyto odborné pojmy mají své konotace v běžném jazyce, ty se však mohou u jednotlivých respondentů lišit. Pro někoho je lepší vůle spojena s vyšší schopností přinutit se do neoblíbené činnosti, pro jiného s uvědoměním si toho, že je tuto činnost potřeba vykonat. V interpretaci výsledků musíme proto vnímat určité rezervy, neboť ne vždy se nám odlišné konotace pojmů spojených s kognicí podařilo zachytit. V případě dalšího výzkumu by bylo vhodné zaměřit se i na to, co si jednotliví respondenti pod názvy kognitivních funkcí představují.

9.3 Možnosti aplikace v klinické praxi

Aplikace pro diagnostiku kognitivních funkcí

Zjistili jsme, že respondenti s unipolární depresivní poruchou v anamnéze vnímají úroveň svých kognitivních funkcí nerovnoměrně. Doporučujeme proto využít pro kvantitativní diagnostiku kognitivních funkcí co nejširší baterii testů, která by jemně zachycovala jejich jednotlivé složky. Současně by bylo užitečné konzultovat výsledky testů s respondenty a ptát se, proč si myslí, že je u nich daná složka horší či lepší.

Respondenti také uváděli, že zatímco v některých situacích se například dokáží roz-

hodnout velmi snadno, v jiných cítí potíže. Stejně je tomu i u ostatních kognitivních funkcí, nikdy není jejich fungování jen „dobré“ nebo jen „špatné“. Pro diagnostiku kognice by proto mohlo být užitečné provádět dvojí měření - nejprve v takovém prostředí, které je co nejvíce podobné situacím, kdy daná funkce funguje dobře a poté naopak v prostředí, které je podobné situacím, kdy obvykle selhávají. Takto by bylo možné získat přesnější obraz oblasti kognice u jedinců s unipolární depresí.

Aplikace pro terapii unipolárně depresivních jedinců

V závěru každého rozhovoru jsme se respondentů ptali, zda by v období remise potřebovali určitou specifickou péči, například ve formě rehabilitace kognitivních funkcí. Všichni odpověděli, že pro ně takový program není důležitý - buď jim jejich kognitivní funkce fungují víceméně dobře a nemají tedy takovou potřebu, nebo sice cítí určité rezervy, ale přičítají je věku a myslí si, že to stejně bude už jen horší.

Z výpovědi respondentů však vyplývá, že jejich kognitivní funkce zůstávají lépe zachovalé tehdy, když například chodí do práce a trénují je. Takovým tréninkem může být nejen skutečná pracovní činnost, ale i snaha pamatovat si názvy míst na dovolené, či v rámci zájmů například latinské názvy květin. Jiní respondenti luští křížovky či sudoku. Jakákoliv taková aktivita může přispívat k lépe zachovalým kognitivním funkcím a může být proto doporučována jako „lék na kognitivní deficit“.

V rámci komplexní péče o jedince s unipolární depresivní poruchou bychom dále doporučili šířit informace o depresi jako takové. Přesto, že je v dnešní době tato nemoc mnohem více známá v širší veřejnosti, nemocní jedinci stále narážejí na nepochopení ze strany svých blízkých i cizích osob. Právě porozumění ze strany okolí je přitom jednou z klíčových složek pro jejich úlevu a posléze uzdravení. Někteří respondenti by také od ošetřujících lékařů potřebovali více času během konzultace, která by se proto neměla týkat pouze medikace.

Naším cílem bylo porozumět subjektivnímu vnímání vlastních kognitivních funkcí u jedinců s unipolární depresivní poruchou v remisi. Většina podobných studií klade důraz na kvantitativní vyjádření úrovně těchto funkcí za pomoci neuropsychologických testů. Sebepojetí pacientů zůstává opomenuto nebo tvoří jen doplněk k výsledkům testů. Právě z tohoto důvodu jsme se rozhodli tuto mezeru zaplnit.

Předpokládali jsme, že úroveň kognitivních funkcí bude vnímána jako zhoršená ve srovnání s obdobím před nástupem deprese. Naše očekávání se však naplnila pouze částečně. Ukázalo se, že zatímco některé složky kognitivních funkcí jsou respondenty skutečně považovány za zhoršené, jiné se po prožité depresi naopak zlepšily.

Z toho vyplývá, že depresivní porucha nemusí být ve všech ohledech pouze negativní. Většina respondentů měla naopak tendenci hledat v ní také pozitivní stránky. Přínos viděli například ve změně hodnot - v porovnání s depresivním obdobím si nyní dokáží více vážit drobností, které jiní považují za samozřejmé.

Namísto pacientů zlomených depresí se zhoršenou úrovní kognice jsme měli možnost setkat se s lidmi silnými a ve většině případů také spokojenými a šťastnými.

V duchu tohoto poznání proto celou práci uzavíráme optimistickým citátem Williama Styrona:

„(...) Každému, komu se navrátí zdraví, se téměř vždycky navrátí klid a radost, což je snad dostatečným odškodněním za to, že dokázal vzdorovat nepředstavitelnému zoufalství.“

William Styron: Veditelná temnota, s.63-64

Literatura

- [Abas et al., 1990] Abas, M. A., Sahakian, B. J., and Levy, R. (1990). Neuropsychological deficits and ct scan changes in elderly depressives. *Psychological Medicine*, 20(3):507–520.
- [Anders, 2006] Anders, M. (2006). Guideline pro léčbu depresivních poruch 2006: Cíl a měření účinnosti terapie depresivní poruchy. Dostupné leden 2007 Česká psychiatrická společnost WWW stránky <http://www.ceskapsychiatrie.cz/download/terapie.pdf>.
- [Austin et al., 2001] Austin, M. P., Mitchell, P., and Goodwin, G. M. (2001). Cognitive deficits in depression: possible implications for functional neuropathology. *British Journal of Psychiatry*, 178:200–206.
- [Ballenger, 1999] Ballenger, J. C. (1999). Clinical guidelines for establishing remission in patients with depression and anxiety. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60 Suppl 22:29–34.
- [Baobab, 2007] Baobab (2007). Poslání organizace baobab. Dostupné duben 2007 na <http://www.osbaobab.cz/index.php?lang=cz>.
- [Bareš and Kopeček, 2006] Bareš, M. and Kopeček, M. (2006). Rezistentní deprese – úvod do definice a klasifikace. *Psychiatrie*, 10 (suppl. 3):45–48.
- [Basso and Bornstein, 1999] Basso, M. R. and Bornstein, R. A. (1999). Neuropsychological deficits in psychotic versus nonpsychotic unipolar depression. *Neuropsychology*, 13(1):69–75.
- [Bazin et al., 1994] Bazin, N., Perruchet, P., Bonis, M. D., and Féline, A. (1994). The dissociation of explicit and implicit memory in depressed patients. *Psychological Medicine*, 24(1):239–245.
- [Bhalla et al., 2006] Bhalla, R. K., Butters, M. A., Mulsant, B. H., Begley, A. E., Zmuda, M. D., Schoderbek, B., Pollock, B. G., Reynolds, C. F., and Becker, J. T. (2006). Persistence of neuropsychologic deficits in the remitted state of late-life depression. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(5):419–427.

- [Biringer et al., 2005] Biringer, E., Lundervold, A., Stordal, K., Mykletun, A., Egeland, J., Bottlender, R., and Lund, A. (2005). Executive function improvement upon remission of recurrent unipolar depression. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 255(6):373–380.
- [Butters et al., 2000] Butters, M. A., Becker, J. T., Nebes, R. D., Zmuda, M. D., Mulsant, B. H., Pollock, B. G., and Reynolds, C. F. (2000). Changes in cognitive functioning following treatment of late-life depression. *American Journal of Psychiatry*, 157(12):1949–1954.
- [Casacalenda et al., 2002] Casacalenda, N., Perry, J. C., and Looper, K. (2002). Remission in major depressive disorder: a comparison of pharmacotherapy, psychotherapy, and control conditions. *American Journal of Psychiatry*, 159(8):1354–1360.
- [Chamberlain and Sahakian, 2004] Chamberlain, S. R. and Sahakian, B. J. (2004). Cognition in mania and depression: psychological models and clinical implications. *Current Psychiatry Reports*, 6(6):451–458.
- [Channon and Green, 1999] Channon, S. and Green, P. S. (1999). Executive function in depression: the role of performance strategies in aiding depressed and non-depressed participants. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 66(2):162–171.
- [Cornford et al., 2007] Cornford, C. S., Hill, A., and Reilly, J. (2007). How patients with depressive symptoms view their condition: a qualitative study. *Fam Pract*, 24(4):358–364.
- [Dušánková, 2006] Dušánková, E. (2006). *Vliv depresivního onemocnění na kognitivní funkce v období remise: K jakým změnám v kognitivních funkcích dochází během postupného zlepšování nálady až k dosažení remise?* Diplomová práce. Praha: Filozofická fakulta Univerzity Karlovy.
- [Elliot, 1998] Elliot, R. (1998). The neuropsychological profile in unipolar depression. *Trends in Cognitive Sciences*, 2:447–454.
- [Emslie et al., 2007] Emslie, C., Ridge, D., Ziebland, S., and Hunt, K. (2007). Exploring men’s and women’s experiences of depression and engagement with health professionals: more similarities than differences? a qualitative interview study. *BMC Family Practice*, 8:43.
- [Erickson and Burton, 1986] Erickson, R. and Burton, M. (1986). Working with psychiatric patients with cognitive deficits. *Cognitive Rehabilitation*, July/August.
- [Fennig et al., 2002] Fennig, S., Mottes, A., Richter-Levin, G., Treves, I., and Levkovitz, Y. (2002). Everyday memory and laboratory memory tests: general function predictors

- in schizophrenia and remitted depression. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 190(10):677–682.
- [GreenDoors, 2007] GreenDoors (2007). Na jakou problematiku je naše sdružení zaměřeno? Dostupné duben 2007 na <http://www.greendoors.cz/>.
- [Harvey et al., 2004] Harvey, P. O., Bastard, G. L., Pochon, J. B., Levy, R., Allilaire, J. F., Dubois, B., and Fossati, P. (2004). Executive functions and updating of the contents of working memory in unipolar depression. *Journal of Psychiatric Research*, 38(6):567–576.
- [Höschl, 2004] Höschl, C. (2004). *Psychiatrie*. Praha: TIGIS.
- [Jorm, 2000] Jorm, A. F. (2000). Is depression a risk factor for dementia or cognitive decline? a review. *Gerontology*, 46(4):219–227.
- [Karp, 1993] Karp, D. A. (1993). Taking anti-depressant medications: Resistance, trial commitment, conversion, disenchantment. *Qualitative Sociology*, 16:337–359.
- [Kessing, 1998] Kessing, L. V. (1998). Cognitive impairment in the euthymic phase of affective disorder. *Psychological Medicine*, 28(5):1027–1038.
- [Koukolík, 2002] Koukolík, F. (2002). *Lidský mozek*. Praha: Portál.
- [Kukolová and Preiss, 2005] Kukolová, M. and Preiss, M. (2005). *Kvalitativní přístup a metody ve vědách o člověku IV*. In Miovský, M., Čermák, I., and Chrz, V., (Ed.), chapter Jakou "váhu" má životní příběh pro diagnostiku kognitivních funkcí u schizofrenie? Kazuistika pacienta trpícího psychózou. Olomouc: Univerzita Palackého.
- [Kulišťák, 2003] Kulišťák, P. (2003). *Neuropsychologie*. Praha: Portál.
- [Lahr et al., 2007] Lahr, D., Beblo, T., and Hartje, W. (2007). Cognitive performance and subjective complaints before and after remission of major depression. *Cognitive Neuropsychiatry*, 12(1):25–45.
- [Lara et al., 2004] Lara, M. A., Navarro, C., Acevedo, M., Berenzon, S., Mondragón, L., and Rubí, N. A. (2004). A psycho-educational intervention for depressed women: a qualitative analysis of the process. *Psychology and Psychotherapy*, 77(Pt 4):429–447.
- [Lezak, 1995] Lezak, M. (1995). *Neuropsychological assessment*. New York: OXFORD UNIVERSITY PRESS.
- [Mandelli et al., 2006] Mandelli, L., Serretti, A., Colombo, C., Florita, M., Santoro, A., Rossini, D., Zanardi, R., and Smeraldi, E. (2006). Improvement of cognitive functioning in mood disorder patients with depressive symptomatic recovery during treatment: an exploratory analysis. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 60(5):598–604.

- [Marvel and Paradiso, 2004] Marvel, C. L. and Paradiso, S. (2004). Cognitive and neurological impairment in mood disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 27(1):19–36, vii–viii.
- [McCall and Dunn, 2003] McCall, W. V. and Dunn, A. G. (2003). Cognitive deficits are associated with functional impairment in severely depressed patients. *Psychiatry Research*, 121(2):179–184.
- [Miovský, 2006] Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: GRADA.
- [Moritz et al., 2002] Moritz, S., Birkner, C., Kloss, M., Jahn, H., Hand, I., Haasen, C., and Krausz, M. (2002). Executive functioning in obsessive-compulsive disorder, unipolar depression, and schizophrenia. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 17(5):477–483.
- [O'Brien et al., 2004] O'Brien, J. T., Lloyd, A., McKeith, I., Gholkar, A., and Ferrier, N. (2004). A longitudinal study of hippocampal volume, cortisol levels, and cognition in older depressed subjects. *American Journal of Psychiatry*, 161(11):2081–2090.
- [O'Donovan, 2004] O'Donovan, C. (2004). Achieving and sustaining remission in depression and anxiety disorders: Introduction. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 49 (Suppl. 1).
- [Paelecke-Habermann et al., 2005] Paelecke-Habermann, Y., Pohl, J., and Lepow, B. (2005). Attention and executive functions in remitted major depression patients. *Journal of Affective Disorders*, 89(1-3):125–135.
- [PCP, 1994] PCP (1994). *Mezinárodní klasifikace nemocí - 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování*. Praha: Autor.
- [Peselow et al., 1991] Peselow, E. D., Corwin, J., Fieve, R. R., Rotrosen, J., and Cooper, T. B. (1991). Disappearance of memory deficits in outpatient depressives responding to imipramine. *Journal of Affective Disorders*, 21(3):173–183.
- [Porter et al., 2003] Porter, R. J., Gallagher, P., Thompson, J. M., and Young, A. H. (2003). Neurocognitive impairment in drug-free patients with major depressive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 182:214–220.
- [Preiss et al., 2006] Preiss, M., Dušánková, E., Šóš, P., Kučerová, H., Štěpánková H., Y., H., and V., S. (2006). Variabilita výkonu u pacientů s depresivní poruchou během hospitalizace a v období remise. *Psychiatrie*, 10 (Suppl. 3).
- [Preiss, 2006] Preiss, M. a. (2006). *Neuropsychologie v psychiatrii*. Praha: GRADA.

-
- [Raboch, 2001] Raboch, J., P. P. (2001). *Psychiatrie. Minimum pro praxi*. Praha: TRITON.
- [Raskin et al., 1982] Raskin, A., Friedman, A. S., and DiMascio, A. (1982). Cognitive and performance deficits in depression. *Psychopharmacology Bulletin*, 18(4):196–202.
- [Ravnskilde et al., 2002] Ravnskilde, B., Videbech, P., Clemmensen, K., Egander, A., Rasmussen, N. A., and Rosenberg, R. (2002). Cognitive deficits in major depression. *Scandinavian Journal of Psychology*, 43(3):239–251.
- [Richards and Ruff, 1989] Richards, P. M. and Ruff, R. M. (1989). Motivational effects on neuropsychological functioning: comparison of depressed versus nondepressed individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(3):396–402.
- [R.J.Sternberg, 2002] R.J.Sternberg (2002). *Kognitivní psychologie*. Praha: Portál.
- [Schatzberg et al., 2000] Schatzberg, A. F., Posener, J. A., DeBattista, C., Kalehzan, B. M., Rothschild, A. J., and Shear, P. K. (2000). Neuropsychological deficits in psychotic versus nonpsychotic major depression and no mental illness. *American Journal of Psychiatry*, 157(7):1095–1100.
- [Skärsäter et al., 2003] Skärsäter, I., Dencker, K., Bergbom, I., Häggström, L., and Fridlund, B. (2003). Women’s conceptions of coping with major depression in daily life: a qualitative, salutogenic approach. *Issues in Mental Health Nursing*, 24(4):419–439.
- [Tancer et al., 1990] Tancer, M. E., Brown, T. M., Evans, D. L., Ekstrom, D., Haggerty, J. J., Pedersen, C., and Golden, R. N. (1990). Impaired effortful cognition in depression. *Psychiatry Research*, 31(2):161–168.
- [Tarbuck and Paykel, 1995] Tarbuck, A. F. and Paykel, E. S. (1995). Effects of major depression on the cognitive function of younger and older subjects. *Psychological Medicine*, 25(2):285–295.
- [Thase, 1999] Thase, M. (1999). Defining remission in patients treated with antidepressants. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60 (Suppl. 22).
- [Veiel, 1997] Veiel, H. O. (1997). A preliminary profile of neuropsychological deficits associated with major depression. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 19(4):587–603.
- [Weiland-Fiedler et al., 2004] Weiland-Fiedler, P., Erickson, K., Waldeck, T., Luckenbaugh, D. A., Pike, D., Bonne, O., Charney, D. S., and Neumeister, A. (2004). Evidence for continuing neuropsychological impairments in depression. *Journal of Affective Disorders*, 82(2):253–258.

- [WHO, 2007] WHO (2007). What is depression. Dostupné říjen 2007 na http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/.
- [Zimmerman et al., 2006] Zimmerman, M., McGlinchey, J. B., Posternak, M. A., Friedman, M., Attiullah, N., and Boerescu, D. (2006). How should remission from depression be defined? the depressed patient's perspective. *American Journal of Psychiatry*, 163(1):148–150.
- [Zimmerman et al., 2004] Zimmerman, M., Posternak, M. A., and Chelminski, I. (2004). Derivation of a definition of remission on the montgomery-asberg depression rating scale corresponding to the definition of remission on the hamilton rating scale for depression. *Journal of Psychiatric Research*, 38(6):577–582.

Vzhledem ke zpracování diplomové práce v typografickém systému \LaTeX s použitím makra \bibTeX byla k tvorbě bibliografických citací použita norma Americké psychologické společnosti.

- Použitá literatura:

American Psychological Association (2006). *Publication manual of the American psychological association*. 5th ed. Washington : Autor.

Část III

Přílohy

Transkripce rozhovorů

Sára

Na úvod volné povídání o depresi vyvolané otázkou, zda by respondentka mohla říci něco o tom, jak vznikla její depresivní epizoda.

Dobře. Nyní se začnu ptát na kognitivní funkce, jak už jsem vysvětlovala. Možná, že některé otázky pro Vás budou těžké.

Zkusme to.

Nechám Vám čas se nad nimi zamyslet.

No.

Zeptám se nejdřív jak byste popsala fungování Vaší paměti...v tuhle dobu, poslední dobou.

No...já si myslím, že je to teď v pořádku a určitě na to má vliv to, že nemám tu zátěž takovou...pracovní. Třeba při tlumočení je to samozřejmě nápor, kdy se člověk musí absolutně soustředit, a tam jsem cítila, že mně skutečně chybí, jo, že mám ten výpadek, dřív jsem taky tlumočila, ale ta slova prostě přicházela snadněji. A potom teda vlastně, to bylo po té druhé remisi, po tom druhém návratu, kdy jsem musela chodit hodně do terénu, tak tam jsem problém měla. Teď ne.

Hm. Takže teď úplně...

No teď ji samozřejmě tak nezatěžuji, že jo. Nebo pokavaď tlumočím, tak je to legrace náhka. Ale asi bych se těžko teď znova zapojila do nějakýho velice tvrdýho pracovního procesu. Asi by to nebylo úplně ono.

Hm. A tenkrát? To teď mluvíte o...

Vlastně byla taková dvě období. První období, kdy zemřel ten manžel a já jsem pracovala jako asistentka u generálního ředitele. Tam jako se to ještě tolik neprojevovalo, tam spíš byla ta únava, a tam nešlo o nějaké tlumočení, tam to byla taková ta denní rutinní práce asistenta, takže tam jsem si prostě nějak vyhověla. No a potom jsem teda odešla, protože jsem tam dělala od sedmi do sedmi. A to už nešlo s tou rodinou nějak sladit a ani s tou únavou mojí. Já jsem si prostě sedla, že něco udělám a instantně jsem usnula, abych se za tři hodiny probudila a do rána nespala, že jo. Takže takhle. No a teda v té druhé části...Přerušena vstupem přítele, který nám nabízí něco k pití. Máme všechno, děkujem. No a v tom druhém návratu té choroby to bylo po smrti otce, kdy už jsem pracovala tady na tom štábu a kdy jsem chodila tlumočit, a to teda...tam jsem skutečně měla i ty třasy a takový ty nepříjemný příznaky toho vyčerpání. A samozřejmě tam ten výpadek té paměti, tam jsem si nebyla jistá, no. I když tu řeč jsem používala, že jo, aktivně a nakonec bezproblémově. Takže tam asi při tom druhém návratu se mi to projevilo.

Hm a konkrétně jak třeba?

No konkrétně, že jsem nebyla tak pohotová. Jo, protože při tom tlumočení skutečně jde o tu krátkodobou paměť, kdy teda to tam musíte nacpat do té hlavy a potom to musí nějakým způsobem vyplnout, jo, smysl toho musí být řečený přesně, a teď já jsem si to do té hlavy teda vkládala, že jo, to si tam musí člověk nasunout tu myšlenku, a teď najednou by se řeklo jsem se zakousla na něčem. Prostě mi to někde přestalo jako fungovat. Tak to se mi opravdu stalo. Neříkám běžně, ale prostě byly takový chvíle, kdy jsem myslela, že se zblázním z toho, úplně prostě černo, no. Pak to třeba naskočí ta paměť, jo, zpátky prostě...nebo nemůžete přijít na nějaký konkrétní velice odborný výraz, že jo. No tak to není divu, to se stane asi leckomu, nebo leckterému tlumočnickovi, třeba to ani nepozná ten člověk, kterému se tlumočí, se to opíše nebo nějak, když je slušnej, to pomine, no (smích). Ale prostě je to tam. To jako řekněme časový úsek mezi těma dvěma případy, to je tak deset let. Tak bych to asi definovala.

Hm...takže...

Čili po deseti letech se toto jako stávalo.

Po deseti letech, co jste měla...

...Používala ten Fevarin a prostě to první jako nejnáročnější období po smrti toho manžela.

Hm. To znamená, byla nějaká, abych si to ještě ujasnila, byla nějaká ta první...epizoda řekněme...

...Ano. Budeme říkat epizoda...

...kdy jste teda tohle prožila...

Kdy to vzniklo, ano, a to ještě ta paměť vlastně jako nevím...nebo jsem ji tak nepoužívala. Vlastně já nemohu říct že bych jako prostě měla nějaký problém. Ale skutečný problém to vím, že jsem měla, prostě po těch třebas deseti letech, při té druhé epizodě, kdy teda jsem tu paměť potřebovala nutně, jo, prostě to bylo při tom tlumočení jako potřeba se plynule vyjádřit, a to jsem teda, určitě se mi párkrát stalo, že jsem vypadla.

Jo. Jak teď poznáte, že už...jste říkala, že teď je to s tou pamětí dobrý, jak se to pozná? Jak to poznáte u sebe?

Já například sbírám kameny, polodrahokamy, tady mám celou sbírku nahoře, tak jako mi nedělá problém si zapamatovat jejich názvy a umím je všechny, zabývám se kytkami, pak jako se naučím latinský názvy těch kytek a nevadí mi to, naopak bych řekla, že v tom mám i nějakou zvrhlou zálibu, jo (smích), si některý ty kytičky pamatovat, že jsem to aranžovala...takže si to pak člověk...nebo když se objednávej ty kytičky, aby člověk věděl jak jako se jmenují odborně, že jo. Takže to vím že jsem schopná se to naučit, zapamatovat si to a prostě nějak to používat. Že to není krátkodobě třeba. Jo? Že si to i zapamatuju. Samozřejmě je pár věcí, který zapomenete, ale jako...řekla bych věřím si (smích).

Hm. A co se týče třeba, jak jste řekla, té krátkodobé paměti, jak jste říkala, že předtím jste s tím měla potíže...tak to teďko...?

To teď nevyužívám, že jo, tak. To tlumočení je velice specifická věc, to jako prostě i řada tlumočnicků, který třeba to dělají léta...protože já jsem to dělala vlastně třeba šest let, nejsem žádné zkušené tlumočnické, jo, ale i zkušené tlumočnické říkají, že se jim stává, že mají období, kdy jsou zatížení, nebo přetížení, a že teda prostě taky tyhle ty výpadky...tak mě uklidňovali, že jo. Já nevím, třeba ne, třeba mě chtěli jen tak jako (smích)...no. A ne že bych to tlumočení jako přestala dělat z popudu toho, že by mi to nešlo, ale mně zrušili to moje oddělení a v podstatě ze šestnácti překladatelů a tlumočnicků udělali čtyři. A já jsem měl zrovna důchodový věk, přesně prostě, no a hotovo. Takže jsem šla...no (smích).

Ještě teď mě teda jako napadlo, taková ta...asi teda řekněme dlouhodobá paměť, nebo to co jste říkala, že si zapamatujete třeba názvy těch kamenů na delší dobu...

Ano, ano.

Tehdy, vzpomenete si na nějakou situaci, jak to bylo s tou dlouhodobou pamětí? V době, kdy jste měla potíže s tou krátkodobou?

Hm, hm...(přemýšlí). No to bych...bych vám nelhala a nemařila bych jako (smích) výzkum tím, že bych se nevyjádřila jako úplně...neumím vám to definovat. Nevzpomínám si na žádné případy...na tuto přesně si vzpomínám, jo, to můžu definovat a jako to mělo souvislost prostě.

Hm.

Přetížení, nervozita, výpadek. Jo? To jo.

Jo. Dobře. Teďko další taková oblast je učení. Jak se vám teď v poslední době učí novým věcem?

No tak já nevím, co třebas je nová věc, no. Tak tím, že pracuju s počítačem, tak pořád něco nového...všelijaký takový věci, softwary, já nevím, jednou je to k nějaký jako GPSce, jednou je to k fotoaparátu, tak to si myslím, že zvládám jako bez nějakých problémů, jo, že...Nebo co se týče opravdu té paměti, třeba ty kytičky, nerosty, to si myslím, že zatím funguje.

A tehdy jako? Jak to bylo...

S učením? S učením jsem...Ne, já myslím, že předtím...No jsou dvě věci. Já jako ač jsem vystudované strojař, teda střední školu mám průmyslovku, tak by se předpokládalo, že bych měla mít vztah jako k téměř všemu vědám, tedy...(smích) jako technickéj...Já, jako čísla nejsou moje hobby. Jo, to prostě vždycky byl můj problém víc teda matematika a tyhle ty věci, i když jsem to musela používat do jisté

míry, že jo, nebo minimálně ve škole jsem vlastně odmaturovala, ale jako určitě v týhle oblasti jsem měla vždycky horší výsledky, nežli v té humanitní oblasti, dejme tomu. Jo ty jazyky prostě mi vždycky ňák šly, nebo takový blbiny jsem si pamatovala z knížek všechny, spíš tu vizuální paměť, já když to vidím, tak to vím, že to tam bylo napsaný, tu fotografickou...co jsem viděla na šestnáctý stránce vpravo nahore, to jako takhle mi to šlo.

Hm...A jakoby když to vztáhnou k tomu období kdy...jste se necítila dobře...kdy jste byla v té depresi...tak tam...s tím učením?

To jsem se vlastně už nemusela možná nic učit, jo...to bylo to období první, ta první etapa, kdy jsem byla u toho ředitele, tak tam jsem spíš ty své znalosti, který jsem měla, tak tam jsem je používala. Ale asi tam nebyly žádný novinky...co bych musela...snad ňákej program třeba na počítači...ale tam problém nebyl, jo? Jako myslím si, že to bylo v pořádku. Tam jsem problémy taky určitě neměla, že bych něco nedokázala pochopit nebo...to určitě ne.

Tak...když se teď musíte k něčemu přinutit...třeba...k nějaké činnosti, do které se Vám nechce...

Myslíte jako intelektuální a nebo...spíš fyzický?

Jakoby z hlediska vůle vlastně. Ať už fyzický, intelektuální, prostě takový to, když člověk musí se k něčemu přinutit...tak jste na tom jak?

(smích) Já myslím, že jako průměrný člověk. Že teda prostě jsou dny, kdy se mi opravdu nechce...no a pak zase...Já teda poměrně bych řekla...a to je dobrý pro mně...že energií poměrně překypuju, jo? Takže já mám matku starou, o kterou se poměrně starám...takže je to náročný kolem ní běhat. Má teďko vývod z ledviny a už je jí osmdesát šest let, takže o operaci už se nedá uvažovat, no takže prostě takhle, je to moje každodenní náplň pracovní a to se mi někdy nechce, no. Takový různý věci se mi někdy nechtěj (smích).

Je to někdy jiný, od toho období, kdy jste třeba trpěla tou depresí? Vnímáte tam nějaké změny nebo je to všechno stejný?

No...tak tenhle případ zrovna s tou maminkou, tak to nebylo, že, takže to jako nemohu porovnat...Ale mně se vždycky do všeho jako chtělo, jo, já mám ráda změnu takovou...no, není mým zvykem prostě si sednout a odpočívat, já nevím, cigárko, káféčko, to ne. Jako smysluplnou ňákou činnost. Ono to zní tak jako řekla bych hrdinsky...Ale je to tak, mě to zaměstnává, nebo vyberu si vždycky takovou činnost, která mě zaměstnává, která je tak akorát, abych jako...na co mám. Když se mi nechce...já nevím, zehlit, což nenávidím, tak se ještě předtím uklidním tím, že si vezmu noviny...a že si něco tak udělám...no a pak teprve říkám, tak teď už dost, teď už jsem dost šetřila, tak teď teda...jo, přemluvím se.

Hm, hm.

Ne, že bych se nepřemluvila, teda (smích).

Takže teda v tomhle to je to úplně...

Já myslím, že normální, no. Normální.

A bylo i předtím...

Jo určitě, nikdy jsem neselhala tak, že bych řekla nemůžu jít pro děti do školky, prostě musíte jít někdo, jo, já jsem chudák...to ne.

Hm, hm.

Vždycky když už jsem byl až na dně, tak jsem vždycky jako zmotivovala ňák ty fyzický síly. Takže s tím taky není problém.

Možná teď taková věc, která s tím může souviset, to znamená v situacích, kdy se musíte pro něco rozhodnout...

Hm.

...takže rozhodování...jak to vypadá teď aktuálně?

To...já myslím, že...to je v těch testech taky...já myslím, že nemám problém s rozhodováním. Pokaždě jsem si ty věci ňák...když je něco potřeba doma nebo já nevím...jezdím autem, jezdím zaplatpánbu dobře už asi padesát let...no tak jako jo, že se třeba rozhoduju...hm...ňák tak jako...nevím, že jo, tam je

potřeba rychlý reakce. Tak zaplaťpánbu jezdím teda bez nehody padesát let. No tak to je taky třeba o rozhodování...jo?

Hm, hm.

No...nebo co by bylo ještě o rozhodování? (přemýšlí). Já nevím, prostě...fatální věci jsem nikdy nerozhodovala vlastně. Jo...rozumíte my...jestli mám udělat to či ono opravdu...nevím no. Vždycky jsem to tak jako...rozhodovala jsem jestli...tak, jak jsem cejtila...jestli to zvládnou. Jo třeba když ten manžel zemřel a ty děti šly na studia, tak jsem říkala, tak můžou jít studovat, budu mít na to peníze? Jo, bude to možný vlastně. No a vždycky jsem si to nějakým způsobem zdůvodnila a třeba...možná to není o tom, o čem chcete, abych mluvila, jo...ale že jsem se vždycky jako řádk rozhodla po úvaze, jo? Ale naopak rychlý rozhodování v nějaký situaci, že třeba mě netlumí ty prášky, nebo něco, jako to vím přesně, zabrzdit zastavit, kde je vlevo, kde je vpravo, jo odbočit, třeba řada lidí se nedokáže zorientovat...tak to mi nedělá problém.

Takže teď to nedělá a tehdy teda...když jste třeba...měla nějaký...

No to si myslím, že jsem byla taková celkově pomalejší, protože jsem byla strašně unavená.

Hm.

Jo, já myslím, že to všechno prostě způsoboval ten problém s tím spánkem. Ten mě strašně vysiloval. Já jsem se k tomu nikdy nepřiznala, že je to až tak strašný, protože...když mně někdo říkal, tak prosím tě, tak něco dělej v noci...třeba já nevím, tak choď se psem ven, nebo...no tak jsem jako blázen že jo vzala psa a šly jsme ve dvě ve tři na procházku! Já jsem myslela, že usnu, no. Neusnula jsem, že jo, prostě ráno v šest jsem už zase byla na nohou a šla jsem na sedmou do práce. Takže tam se to pak někde muselo sečíst a jako...

Takže v tom, že jste třeba byla pomalejší v té době, protože jste byla unavená...

Hm.

Jo rozumím tomu dobře?

Hm. Asi tak. Asi tak to bylo.

Co se týče třeba soustředění, pozornosti...jak...jak se Vám třeba daří udržet pozornost?

Já nevím, jestli je to úplně...záleží na tom subjektu, co se probírá, že jo...když mě to zajímá, tak asi jo...no...a co jsou věci, který mě třeba řádk neberou...tak to pak jako jsem nepozorná. To možná jako...

Hm. Takže když je něco, kde víte třeba, že je potřeba udržet tu pozornost...Řádká situace, kdy to nastane?

No tak to asi, když se k tomu musím přinutit, to si myslím, že...nevím, na kolik procent to je, že jo, nebo prostě...vlastně to jsme řešili s tou vaší kolegyní v tom testu...tak tam si myslím, že to nebylo úplně absolutně stopro, ta momentální pozornost, no ale jako v běžném životě mi to problémy nedělá.

Hm.

Ale teď mě nenapadá jako vůbec...no aha! Možná, že jo. Jsem třeba v kině, je to řádk film, který není úplně můj šálek, jo, kávy, a tak jako vlastně se začnu toulat trochu. Jo, po svém si tam něco...A nebo třeba jdeme na koncert a je to muzika, která mně úplně nesedí, tak jako...mm...pustím to, jako nevnímám to. Ale možná že to je úplně normální. Protože nikdy jsem o tom s nikým ani nemluvila.

Hm.

Jako to vím, že si tak jako oddechnu. Uteču si od toho, když mě to nezajímá. Tam tu pozornost ani se do ní nenutím. Jo?

Jo, jo, rozumím.

Tak.

Řekla bych, že tady se jedná právě o situaci, kdy je potřeba...

Kdy je potřeba...

...tu pozornost udržet...

Já si myslím, že to není problém. Ne, ne. To není problém. I když pořád vlastně ty Fevariny jím, že jo, v řádkým teda...už patnáct let...

Hm, hm.

Takže možná právě o tom to je, ten výzkum, co jsme s paní doktorkou dělaly, jo, takže pro její účely to bylo hlavně, jestli teda ty léky to nějakým způsobem ovlivňuje. Takže závěr asi u mě vždycky vyplýval od toho, že pokud nemám zátěž, tak je to úžasný. Pokaždě mám nějakou takovou jako nepříjemnou situaci, tak si myslím, že ty léky trošku asi mají vliv. Oni asi tlumí někde až a když se to tam pere (smích), tak se necítím úplně jako...jo?

Hm, hm. Jako já se tímhle zase až tak nezabývám...

Vy se až tak nezabýváte. Ano.

I když je to samozřejmě taky důležitá oblast. Já spíše pátrám po těch konkrétních funkcích, jak jsem říkala...

Ano, ano.

...jak vůbec to vypadá...

Jo prostě po té depresi, třeba, je to dlouho, vlastně těch patnáct let se mi zdá, že už je dlouhá doba. Aby si člověk vzpomněl na všechny věci, který...já nevím, jestli jsem objektivní úplně, jo?

O tom to je, že jo, že je to subjektivní.

No. Snažím se si na to vzpomenout (smích).

Hm. Ještě teď si jen upřesním...

Ano.

...to znamená ta poslední jako vaše teda epizoda...

Ano, ano.

...byla před těmi patnácti lety?

Ne, poslední byla před asi těmi pěti lety, nebo čtyřma lety, kdy vlastně zemřel ten otec a ještě jsem byla zaměstnaná...pět let to je asi.

Jo, jo, já jen abych věděla.

Jo, abyste věděla. Řekla bych těch deset let jsem nějak plula a pracovala a prala se s těmi léky na to spaní, ale tak samozřejmě to bylo pořád jenom o tý únavě a nikdy jsem jako nespadla do té kategorie, že bych těch léků brala víc a víc, protože jsem věděla, že to nepůjde, jo...

Hm, hm.

Když se prostě někdo umrtvím, tak že prostě nebudu fungovat, no. Takže tolik zodpovědnosti jsem teda měla, že nikdy jsem to nepřehnal. No ale asi ta únava tam byla a opotřebení...no.

Ještě k té pozornosti...mm...během té deprese jste...

Ano.

...jste vnímala nějaké změny oproti tomu, jak to máte teďko?

To určitě, protože naprosto třeba jako vím přesně o tom...ale já myslím, že to je úplně normální...když právě mně oznámili, že zemřel ten otec, protože on zemřel doma, v mém bytě a s maminkou já jsem jela z práce tam...a prostě jsem se snažila ještě...protože to bylo zástava srdeční, tak jsem myslela, že ho ještě budu jako oživovat, tak jsem jela strašlivě jako blázen autem, že jo, z práce domů...a ta zpráva o tom, že už zemřel, mě zastihla teda na cestě tam někde u Trojského zámku, čili tam jsem ještě musela dojet, a já si vám vzpomínám, že prostě absolutně mně vypadly všechny smysly, jo? Že jsem se bála opravdu dojet s tím autem.

Hm.

No a pak jsem dojela teda jako nějaký automat. Takže to vím, když na mě padla vlastně tahle deprese...a potom když vlastně to byla taková ta situace, že v té rodině se to dotkne všech věcí, takže jsem byla asi taková, jako strašně vynervovaná, no ale to je normální, ne? To je opravdu nějaká situace jako konečná, tak tam jsem asi věděla, že budu muset s tou matkou, že mi jako zbude na krku...a to je jako...jsem sama dcera, že jo, nemám sourozence, čili, ta tíha toho celého...No tak padlo to na mě no. Tak to jsem si uvědomovala. Na tuhle situaci si pamatuju, když mi to řekli a já jsem si řekla najednou, musím zastavit, to nemůžu dojet. A to jsem byla na Fevarinech a pořád ty léky jsem nějak brala, čili se může říct, že jsem mohla být klidnější...no ale...

Tak ono to asi byl šok, že jo...

Byl to šok, protože zemřel náhle. Prostě v neděli jsme byli všichni u oběda a v pondělí maminka volala, tady sedí a nedýchá, co mám dělat. Takže jako to bylo náhlý a tím pádem asi jako opravdu to byla zátěž velká.

Hm.

Pro mě no.

Teď...je nějaká osoba vám blízká, která vás třeba zná jakoby už dlouhou dobu, to znamená od té doby, co jste třeba už měla ty deprese a teďko...

Ano. No.

Je někdo takový?

(přemýšlí).

Nemusíte ani říkat kdo, jen...

No tak určitě, určitě mám přátele.

Je někdo tady z těch hodně blízkých osob...nebo myslíte, že třeba pozoruje nějaké změny na Vás? Z hlediska toho prožitého období třeba těch depresí...především teda v těch kognitivních funkcích, to znamená, jak jsem říkala, paměť, pozornost...

Já právě přemýšlím, kdo by to tak mohl nejspíš být, že jo, kdo by to mohl zaregistrovat. Tak pokavaď se týče dětí, tak děti asi jsou dospělí lidi...já nevím, jestli něco...nebo aspoň mi to neřekly, pokavaď by něco pozorovaly...

Hm.

Ono totiž tohle je otázka, kdy já to vlastně těžko můžu hodnotit, jestli oni to pozorují, protože nikdy mě za to nikdo nekritizoval nebo mě na to neupozorňoval, že bych třeba byla jiná, jo?

Jo, to jsem v podstatě myslela, jestli vám třeba někdo něco neříkal...

Ne, ne, ne. Určitě mám dost známých a naopak, když už jsem tak nějak začala žít trošku, tak spousta lidí byla kolem mě a myslím si, že hodně lidí mně pomohlo...se oklepat.

Hm, hm.

Takže to...kdybych třeba byla nějaká nesnesitelná, no tak asi by to bylo k povšimnutí, no. Ne, myslím si, že ne. Tak zeptejte se v tomhle nakonec mého přítele. Toho já znám totiž, to je dlouhá historie, toho znám úplně od začátku nástupu do výzkumu, to znamená třeba od pětadvaceti let, jo?

Hm, hm.

On byl ženatý, měl nemocnou ženu a pak jsme vždycky jezdili spolu na hory a takhle, takže my jsme se poměrně znali dobře...no a potom když se ty naše osudy takhle sjednotily tím, že já jsem zrovna byla v Americe, když zemřela jeho žena, tak jsme si psali a teď najednou vzniklo takový přátelství hluboký a taková ta spřízněnost, jseš na tom stejně, jako jsem já, no a tím jsme se potom vlastně setkali a vlastně dali dohromady. Tak spolu žijeme pět let teďko, tak už je to docela...právě když ten otec zemřel, tak on mně hodně pomohl. Ještě zemřeli ti psi, to jsou ti naši, támhle jsou ti dva (ukazuje na fotky v rámečku)...

Jo! Ty jsou krásný.

No a ten jeden zemřel s tatínkem jo, prostě. Protože nemohl dál a maminka se z toho úplně hroutila a já jsem byla nešťastná, předtím umřel ten můj zase...takže to bylo takový...zdá se, že je to irrelevantní, ale byli to členové rodiny a já jsem na nich hodně jako visela, jo? Protože ten můj mi zase přemohl překonat tu smrt toho mého manžela. A prostě byl to dárek od něj a on byl se mnou pořád a prostě takňák...a děti ho měly rády...čili to byl prostě kus života a kus rodiny a ten taky odešel, pak ten tatínek a pak ten druhý psík jako stejnej vlastně...to byli dva příbuzní baseti. No a ten tatínek zemřel v pondělí a pejsek zemřel ve čtvrtek...čili tam to bylo takový...já jsem ještě čekala, kdy umře maminka, protože ta z toho byla úplně...No takže takhle nějak jo, těžký...Ale určitě tenhle ten můj přítel mně hodně pomohl a ten by možná mohl říct třebas, jestli jsem jiná, nebo ne (smích). Můžeme se ho zeptat! Protože to člověk o tom tak neuvažuje vlastně, když ta otázka není přímo položená, že jo.

Jo, jo. Myslím si, že když by tam byly výrazný změny, tak by to člověk i ňák zaregistroval...

To by určitě...no. Ale to nemohu říct. Naopak jsem měla spoustu příjemných vztahů s lidmi.

Už se chýlíme ke konci, takže jestli byste si mohla představit vlastně nějakou škálu...řekněme od nuly třeba do deseti, kdy tedy nula bylo období v té depresi, kdy jste se cítila nejhůř a desítkou okamžik, kdy už ta nemoc zcela pominula. A kde jste teď, na té škále?

No tak ta nula byla dvakrát, to musím říct. Teď skutečně, pokud vezmeme tu druhou epizodu, ta bych řekla, že byla kratší...protože mám podporu toho přítele a vlastně zmenšily se ty problémy pracovní...teď bych to považovala za stav absolutně dobru. Čili vlastně z té nuly jsem se za těch pět let dostala na stav dobru. V té první epizodě bych řekla, to bylo asi takový hlubší, vlastně hlubší tragédie, kdy mě to víc postihlo a vlastně...já nedokážu říct...já myslím, že to třeba trvalo možná celých těch deset let, jo, kdy jsem nebyla úplně v pohodě, nikdy. Tak bez toho partnera, že, nebo bez nákejš takovejch věcí...kdy člověk skutečně musí sám za sebe a za tu rodinu malinkou jako bojovat, no tak...děti jsou hodný teda, obě vystudovaly, tak to je v pořádku, ale byla to zodpovědnost. Takže to trvalo delší dobu, řekněme po té první epizodě, a teď to trvalo teda díky té podpoře toho člověka kratší dobu.

Takže jsem teďko...

Teď jsem teda úplně v pohodě, na té desítce, no. Když to ostupňujete.

A jak dlouho už se cítíte na té desítce? Přibližně...

No tak...já si myslím...možná ne tak dlouho zase...Tak třeba půl roku. Nedlouho. Protože to jsem měla problémy s tou matkou zase, takže teď je nějaký...no to člověk nechce říct dobrý klidný období, protože když to řekne, určitě se to změní, jo. Takže teď si myslím, že je to třeba půl roku docela v pořádku.

Teď stejně tak, když máme zase nějakou tu škálu, tak co se týče té paměti. Nula je období, kdy jste z hlediska paměti...

Hm, hm. Já rozumím.

Kde byste byla teď?

Teď v tuhle chvíli...no tak já nemůžu říct, že je to stoprocentní, jo, protože už taky asi ten věk se na tom svým způsobem podepisuje...ale tak pořád si zachovávám tak třeba na osmičce. Jo prostě ještě to, co chci, si zapamatuju a nějakou dobu si to pamatuju s mírnými výjimkami, jo...Když prostě najednou si nemůžu vzpomenout na nějakou věc...třeba jsem znala před lety nějaký jméno, nebo nějakou věc...a pak si to napíšu rychle do notýsku a když si to napíšu, tak už to pak nikdy nezapomenu. Prostě já si to musím napsat. Jo, když si na to vzpomenu, prostě třeba za tři hodiny...tak to kdyby to mělo být ve dvě ráno, tak jdu a napíšu si to a už to budu vědět pořád.

Byla jste někdy na té nule? S tou pamětí?

No tak s pamětí...já nevím. S pamětí snad ne úplně...to ne, to jsem jí musela dost používat v tom pracovním procesu, takže to jsem asi na nule úplně nebyla. Ale určitě byly období, kdy jsem ji měla nějakým způsobem oslabenou a nebyla jsem tak vnímavá. To určitě.

A to mohlo být kde na té škále zase?

No tak kupříkladu, když vezmeme učení nějaký věci...nebo třeba, že jsem zapomněla na nějakou pracovní povinnost, no tak třeba já nevím...sedm, šest! Jo, prostě...je docela těžký to říct, ale...když se ten případ stal, tak jaká četnost třeba výskytu...tak jednou za týden jsem na něco zapomněla no. Nebo prostě nějakou schůzku...u toho generála, tak to jsem všelijak potom maskovala a hledala sem...čili ještě jsem prostě věděla, že jaksi ty věci třeba se dají zachránit, nebo tak. Čili zmobilizovala jsem se. Ale samozřejmě se stane, že vypadne, no...

Jo, jo.

Ale jako že bych měla nějaký vyloženě problémy si něco zapamatovat...tak to snad ne.

K tomu učení...já vím, že je to těžký to takhle nacpat do těch čísel...je to těžký no, ale zase abych to upřesnila, nula je řekněme nějaký bod spíš teoretický, kdy vám to vůbec nešlo, to učení a desítkou zase naopak kdy je to úplně super, tak zase srovnat to období teď a během té deprese.

No během té první deprese to byla dost nula teda, nebo dvě nebo já nevím. Nízký prostě. To asi jsem vůbec neměla náladu na to si něco zapamatovat novýho, učit se, nebo prostě takovou tu energii k

tomu sebrat a prostě říct si, tak teď se něco nového naučím. Tak to jsem asi vůbec neměla chuť. No a potom postupně...mm...postupem doby se to všechno nák obnovovalo ty funkce...no a teď říkám mám zvrhlou zálibu v tom se učit. Takže teď bych řekla, že je to třeba deset i někdy. Jo, že prostě mám chuť do toho...říkám není to stoprocentní, že se to třeba naučím, ale jako jdu do toho a v devadesáti procentech si třeba ty kameny pamatuju. Snažím se je teď učit po tý chemický stránce, jako mají soustavu krystalizační...jo takovýhle věci, který někdy mi nejsou úplně příjemný, ale když už ten kámen mám, tak si ho vezmu a rozeberu si ho, co to je vlastně...Takže se učím no. Abych úplně nezakrňela (smích).

K té vůli? Nula, kdy se vám do ničeho nechtělo, nedokázala jste se do něčeho přinutit, nebo i potenciálně...

Když jsem byla unavená, samozřejmě, tak to bylo mnohem mnohem složitější se k něčemu přinutit, tak třeba sedm, jo...to bylo v té první epizodě. No a teď v té druhé epizodě možná že to bylo trochu lepší, protože...nevím, sil jsem měla víc a měla jsem podporu toho člověka, jo, čili jsem se cítila líp a kvalifikovala bych to jako výš. Třeba jestli tamto bylo sedm, tak teď to bylo třeba devět, jo? Nebo tak asi.

A teďko, teď v tuhle chvíli?

No, deset třeba, tak nějak. V pohodě. Hm. Teď jako mně nedělá...nevím no, jsou věci, který člověk dělá nerad, ale tak jako že nerada žehlím, to je asi víc lidí, ale přinutím se k tomu vždycky. Nebo skoro.

To rozhodování? Jak jste na tom byla a jak jste teď? Nula, když byl velký problém se rozhodnout...

...No tak já si myslím, že to je o tom, když člověk je v té depresi a užívá na to nějaký ty léky, tak že všechny ty funkce jsou zpomalený, nutně! Je to prostě zabržděný, to je asi i známá věc. Já si tak vzpomínám, že to byl malinko zpomalený film. Jo, že jsem neměla takovou jistotu v tom rozhodování...nemůžu ale říct, že by to bylo třeba pod pět! Určitě jsem se jako nějakým způsobem pudově rozhodovala...a teď si myslím, že nemám problém se rozhodnout. Jestli si vezmu zelený boty nebo červený, to ne, ale myslím...jestli vjedu do té křižovatky, nebo ne, jo? Nebo jestli něco risknu, nebo ne. Tak já si spíš myslím, že jsem trochu takovej riskér.

Ale rozhodnete se?

Rozhodnu se.

Takže by to bylo?

Zase by to bylo výš, jo určitě spíš asi v těch vyšších číslech, devět, deset třeba.

Tak ještě jsem se zapomněla zeptat na tu pozornost, na to soustředění...

No tak to se asi moc nevyznamenávám...to já myslím, že takový to odcházení, to bych třeba i teď klasifikovala sedmičkou. Že lehce dokážu tu pozornost...nebo i šestka třeba. Nebo já nevím, možná teďka lžu, jo, ale zkrátka vím o tom, že tu pozornost ztratím lehko, když se na to vyloženě nesoustředím, že to chci jako dělat.

Hm, hm. A tehdy? To bylo...

No já nevím no. Já si už úplně nevzpomínám...no lepší to nebylo! To jako nikdy nebyla moje silná stránka úplně...bez nějakýho nucení a bez nějakýho...takový ty morálně volní vlastnosti, co člověk má, že jo, tak ti pozornost, to jsem vždycky...Tohle je taková věc, která není moc směrodatná možná. Jo, že to bylo i tenkrát, i vlastně teď. Takže jestli je to měřitelný.

Takže to máte řekněme nastejno?

No možná tak nastejno, no. Neumím si to...teď vám můžu zodpovědně říct, že já jako lehce opustím nějaký ten subjekt soustředění. To se mi daří docela lehce. Já se koukám na film a v tu ránu si přemejšlim, jestli v támhletý knížce nebo článku něco co jsem...a vůbec přítel vedle mě, tak co se nedíváš, tak se dívej, a já ne, už prostě...jo? Takže takhle.

A poslední tahle škála, už vás tím nebudu dál mučit... z hlediska nějakýho tempa.

No já jsem dost rychlá.

To znamená...spíš jako takového toho denního...

...No, no, já se snažím, já teda dokážu udělat neskutečně mnoho práce...a jako jo. Já třeba do noci pracuju...i jako intelektuálně...takže to je deset.

A během té deprese?

No to ne! To ne! To určitě jako je nižší. To bych řekla třeba sedm, šest. Jako to můžu zodpovědně říct, že jsem byla jako taková uvadlá. Neměla jsem v sobě tu sílu. Nebo i tu rychlost. Jo, že prostě velmi to trvalo, než jsem něco v kuchyni...byla jsem taková vláčná. Teď ne, teď je to jako docela dobrý.

Tak a teď ještě jako poslední otázku k těm kognitivním funkcím, úplně přímá, myslíte si, že teda období tý deprese u vás mohlo nějakou z těch oblastí, o kterých jsme tady mluvily, mít na ní nějaký vliv? Z hlediska toho, že se teď už v té oblasti necítíte tak silná, jako před tou depresí.

Hm...(přemýšlí). No...možná to bude o tý paměti. Jo, o tý paměti krátkodobý...Nemohu vám teďko říct, jestli kdybych šla skutečně tlumočit někam, kde by na tom záleželo, jestli by mi ty slovíčka...ta by se to dalo asi nejlíp pozorovat. Jo, jak bych byla pohotová. Tak tam asi...No ale myslím si, že...já nevím, v čem ještě jiným...určitě v tom rozhodování to ne, to si myslím, že to bylo vždycky...nebo co by to ještě mohlo ovlivnit teda? Tak jsme říkaly rozhodování, pozornost, soustředění, učení...Já si myslím, že to dlouhodobě neovlivnilo nic z toho. Asi ne. Asi tak jako...možná že jsem jedna z těch šťastnějších a nebo ta deprese nebyla tak...nebo, já nevím, těžká, nebo složitá...já si to skutečně nedokážu...protože jsem nechodila do žádných těch kroužků, kde bychom se setkali s dalšími...kolegy v té depresi (smích), tak já to nedokážu poměřit, jak jako ta deprese byla hluboká, ale jediné vím, že moje kolegyně, která měla těžký rozvod a přišla při něm o dítě, tak s určitými znalostmi a zkušenostmi z pohovorů s paní doktorkou jsem s ní mluvila a říkala si, tak takhle jsem děvče na tom nebyla zle, jako co jseš ty, takže pokud to je souměřitelný, ten její problém a ten můj, tak myslím, že ona měla takovou tu odevzdanou depresi. A já ne, i když jsem byla nějak hluboce v depresi, tak jsem se pořád snažila nák z toho vyškrábat. S vlastním vědomím, že tam nesmím zůstat.

Dobře. Ještě se zeptám jako úplně poslední věc, když by byl program nějaké rehabilitace třeba tady těch kognitivních funkcí...něco takového pro ty depresivní lidi, kteří se z toho už ale dostali...myslíte si, že byste takovýhle program využila? Má to smysl pro vás?

Co by to znamenalo? Jestli by to byl nějaký léčebný program někde v nějaký skupině...

Co byste vy uvítala?

Co bych já uvítala? No vzhledem k tomu, že teď se cítím tak, jak jsem vám řekla, tak bych zbytečně asi nevyhledávala takovouhle nápravnou záležitost. Teď nemám potřebu. Ale vůbec se nevzdávám toho, že kdyby se mi třeba někdy něco stalo dalšího, že bych se jako nerada se sešla s lidmi, který třeba v té skupině měli ten problém stejný...Nevím, jestli by šlo o nápravu některý z těch zkažených (smích) funkcí, paměť, rozhodování...to nevím, jo, ale spíš asi o tu sdělnost a o tu sounáležitost k těm lidem, kteří vědí, o čem se mluví, když se řekne deprese. Asi tak. Řada lidí to nechápe, že jo, nebo se ta deprese...já jsem si sama ani nemyslela, že depresi mám, já jsem se jednom cítila strašně unavená a vyčerpaná a na pokraji absolutního zoufalství. A pak jsem se dozvěděla, že to je deprese. Že to je normální příznak a s paní doktorkou jsme to probíraly a ona mi to vysvětlovala. Čili měla jsem to štěstí, že pomoc jsem dostala včas a myslím si, že mně to docela zachránilo budoucnost. Tím jsem si naprosto jistá. A říkala jsem paní doktorce, že jsem vděčná za tu pomoc a za tu možnost své problémy konzultovat a že pokavaď budou potřebovat výzkum, tak že se dobrovolně hlásím, protože jsem zavázaná psychiatrickému centru (smích), protože mně opravdu docela pomohli.

Eliška

Na úvod volné povídání o depresi vyvolané otázkou, zda by respondentka mohla říci něco o tom, jak probíhala její deprese.

Dobře. Takže já bych se Vás teď ptala na ty jednotlivé oblasti kognitivních funkcí, to znamená paměť, učení, pozornost a tak dále...Začala bych tedy tou pamětí. Jak byste popsala fungování paměti teď u Vás? Jak to máte?

No...Já si myslím, že jako nepozoruji nějaké změny...v té paměti. Třeba člověk jede na nějaký zájezd, pozná tam spoustu názvů míst, tak si je pamatuju třeba rok a tak jsem si to pamatovala i tenkrát. A třeba si dobře pamatuju tu práci, co dělám, to jako dělám dnes a denně, tak to si furt člověk opakuje. A pak si snažím i stále si udržovat němčinu a to jsem měla...to si myslím, že je ale důsledek věku a ne té nemoci...že ty slovíčka, který jsem... já jsem chodila od třetí třídy na němčinu do těch devatenácti...tak ty jako umím, ale teď když se naučím nějaký slovíčka, nebo na té veřejce jsme měli tu právnickou němčinu, tak to prostě zapomenou jako. To jsem měla vždycky taky, to jako nepozoruju, že bych měla nějaký zhoršení.

Jo, jo. Takže teď to srovnáváte s tím, jak to bylo třeba dříve...že nepozorujete nějaký změny.

Ne, ne.

Hm. A kde teď používáte tu paměť hlavně. Kde jí nejvíc využíváte?

No, v té práci. Protože já teda kontroloju návrhy právních předpisů, který připravují ministerstva v jednotlivých oblastech své působnosti, předkládají to vládě ke schválení. A my to kontrolujeme z toho legislativně-technického hlediska, jestli ty zákony jsou napsány dobře. A na to existují padesátistránkový, nebo ještě víc, pravidla, legislativní pravidla vlády, a ty já vlastně umím jako...samozřejmě sem tam se podívám pro jistotu, ale ty jako furt opakuju, i když se novelizujou, tak se zase naučíte nový...nepozoruju, že bych to zapomněla, když to dělám dnes a denně.

Hm, hm.

Nebo bych se do nich musela dívat častěji, tak to nepozoruju takovýhle...

Jo, jo, jo.

I když třeba nedělám měsíc, dělám něco jiného, i máme jiný práce, co vyřizujeme, nějaký podání a tak, tak to nezapomenou.

Hm. A co třeba v nějakém běžném životě, tohle byla teda ta práce...v nějakém běžném životě určitě taky používáte paměť...

No. V běžném životě teda zejména...to asi chcete docílit a vykoumat...tak mám problém v bytě. Že někam dám věci a druhý den nevím, kde to je, a nenajdu to.

Hm.

(smích). Ale to jako důvod toho asi je, že tam nemám žádný systém a že to prostě pokaždý dám někam jinam. Kdyby to mělo nějaký systém, že tyhle věci patří tam a fakt se tam dávali, tak by to bylo samozřejmě lepší (smích). Ale tohle fakt zapomenou. Asi tomu nepřikládám takovou důležitost...má s tím problém můj manžel, no. Furt nadává, že něco nemůžu najít, ale on aby si svoje věci dal zase někam, aby to věděl on, tak to taky ne (smích). Všechno to nechává na mně a tak se tohleto stává no. I když jako...já to nevím, ale jdu na takový místo, kde si myslím, že by to mohlo být a najdu to, jo. Někdy doklady a starý vysvědčení a...bankovní účty, smlouvy, pojištění...takže ne, že bych to úplně ztratila, no.

A je v tom nějaký rozdíl oproti tomu období předtím, než vůbec ty deprese začaly? Nebo...jak to máte?

No...je to jako horší, ale...nevím, jestli bych to přisuzovala těm depresím. Bydlela jsem v menším bytě, takže tam byl nějaký řád, tam nebylo tolik místa, kam to dávat, že jo, spíš to přisuzuju tomuhle. Před depresemá, jak vám říkám, to bylo ve čtyřicetiletých letech a je mi padesát. To je před šestadvaceti lety a tak mladý člověk má přeci jen tu paměť lepší i z toho hlediska, že jo, že ke stáru nebo s věkem se to horší. To by musel být génius, aby si všechno (smích) pamatoval jako v mládí, to jde lehčeji i to učení a všechno, že jo.

Hm, hm. Dobře, tak když už jste takhle došla k tomu učení, tak na to učení se taky zeptám, jak teda teď jste na tom s učením, když se potřebujete nějaké nové věci...nevím, jestli se do takových situací dostáváte...

...no to by byla jediná ta němčina. Protože v té práci to není třeba se učit nazpaměť, protože to člověk najde, že jo, když neví...A...protože mě ta práce baví, tak si to i pamatuju fakt jako že nemusím něco pořád hledat. Ale tohleto opravdu, i když se snažím naučit nějaký slovíčka, tak když se bere ta lekce, tak je umím, ale za měsíc je prostě neumím. A jako...jsem určitě si je pamatovala líp, že jo, před těma depresema...ale taky to určitě bylo tím, že v té škole se to furt opakovalo, že jo. Tohleto zas není tak intenzivní kurz a nejsou známky, že jo...Ale mám tu zkušenost, že prostě...že tohle je taková moje vlastnost, že ty jazyky vůbec mi nejdou, nejsem na to nějak talentovaná (smích). Tohle to si teda nepamatuju, ty slovíčka. Ani tu gramatiku, to je vlastně furt dokola se to opakuje...A taky mi to vypadne.

A to třeba dříve jste se taky učila?

No ve škole no.

A to bylo jak? Když jste se to učila dříve?

No tak bylo to lepší, samozřejmě. To jo.

A dá se ještě nějak přijít na to, v čem konkrétně to bylo lepší? Pro vás?

No...(přemýšlí). Já jako hlavně...eh...to je, jak říkám ty slovíčka...nový. Jako to se člověk ale i intenzivněji učil, nemůžu taky říct jako, jestli by to byl důsledek tohohle...že jsem je prostě uměla delší dobu, než je umím teďko. Ještě tu gramatiku člověk dá dohromady, ale...ty slovíčka, já si na ně nevzpomenu. I když...jsou to i běžný. Mám takový výpadky. Ale to jako nevím no, jestli to je příčina nebo důsledek tohohle. Že jako já nemám asi...jiný...jinou oblast, kde bych to srovnala...jak jsem říkala s tím cestováním, to jako ráda cestuju a to si pak celkem...taky člověk si všechno nepamatuje...ale víc si to pamatuje ty názvy těch cizích, že jo, míst v těch státech cizích, než třeba ty slovíčka. Že se to nedá říct jako všeobecně, že bych to zapomněla za stejnou dobu jako nějakou novinku ve svém životě...nó tak...eh...takhle.

Hm. Teď v situaci, kdy se potřebujete k něčemu přinutit...vůlí. Kdy je třeba nějaká situace, kdy se Vám do něčeho nechce a musíte se přinutit. Tak jak to máte, teď aktuálně?

No...To mám jako...eh...špatnou vůli jako, slabou. Že odkládám věci až na poslední chvíli...ale to spíš že jsem líná, že je to moje vlastnost (smích). Ale tak nebyla jsem taková, byla jsem v mládí celkem jsem byla taková podnikavější, ale jak je člověk pohodlnější, že jo, starší, unavenější...takže jak i v té práci, když mám nějaký úkol, tak to nedělám soustavně, jako někdo...až když už to hoří, tak začnu...teda ne úplně poslední, to bych to nestihla, ale pak teda jako máknu a musím tam bejt třeba i přesčas...A doma taky. S domácíma pracema a...s nějakýma i zakládáním nějakých dokladů a takovýchle věcí...se mi to vždycky hromadí a nejsem schopná to...až když pak jsem nemocná a jsem nějak dýl doma, tak to nějak dám dohromady a pak zase se to...táhne no. Pohodlná bych řekla že jsem a taková líná.

A to i ve srovnání s tím...nebudu vás už teď omezovat jen jako že před depresí, ale třeba dříve...bylo to někdy jiné?

No...

Nebo vždycky jste to měla stejný?

...to jsem jako byla pořádnější a...tak jsem ty věci pravidelně dělala. I když jako tenhle ten sklon, že jsem odkládala na poslední chvíli věci jsem měla už na té vysoké škole...jsem se soustavně neučila až v tom zkouškovém období a to taky až potom v noci před zkouškou...takže to je taky vlastnost asi podle mě. Tak ještě na tom gymplu jsem se nějak soustavně připravovala...ale tam to tak jako i vyžadovalo se, že jo, to bylo hodinu co hodinu, zatímco tady to nikdo nechtěl v průběhu, že jo...to jako s tím souvisí no.

Hm, hm. Teď když se potřebujete pro něco rozhodnout, to s tím možná trošku souvisí...ehm...máte prostě nějaké alternativy, potřebujete se rozhodnout...tak jde vám to snadno? Nebo jak...jaké to pro vás je, teď aktuálně?

No...možná snáží než dřív...jako...když teda jsem byla v těch studentských letech, tak jsem celkem byla ne až tak rychle se rozhodující...ale teď...ale to bych zas řekla že je důsledek té životní zkušenosti...že celkem jako nemám problém se rozhodnout.

Hm. A dříve to teda bylo, v čem myslíte, že...třeba to bylo jiné?

Ee...co bych tak uvedla jako...jakoukoliv činnost...někam vyrazit, s nákejma známejma na vejlet...tam byly i ty vztahy třeba s tím mužem...ňáký ty lásky, no tak to jsem celkem měla...ee...nevěděla jsem, jak se mám...ukončit vztah, že jo, nebo spíš jsem to nechávala, jako že jsem byla nerozhodná, ač jsem věděla, že to není dobrý vztah, tak jsem to nechávala, nedokázala jsem se rozhodnout...to bylo na obě strany. Tohleto je dobrý, tady to je špatný a prostě mezitím jsem váhala a nedělala jsem víceméně nic a nechala jsem to ňák jako plynout, až jak se to samo vyvrbí. No. Jsem byla nerozhodná.

A v čem myslíte, že je ten rozdíl teďko je způsobenej, že už teďko se dokážete...rozhodnout poměrně...

No to si myslím, že to je ta...že už člověk je takovej sebejistej...žije v nějakym, já teda spořádaným manželství, práci, jedenáctej rok už tam budu, že je to prostě už takový zaběhlý...a nejsou ňáký nový věci, který bych neuměla řešit...to už v tomhle věku se tolik nevyskytují. Takže myslím tomuhle že by se to dalo přisoudit. Tak celkem jsem si jako jistá tou prací, že ji umím, že ji zvládám...takže pak je člověk suverénější, že jo. Možná i v dalších věcech. Taky ňáký už ty zkušenosti z toho života s těma partnerama, tak už pak máte náhled takovej rozumněj a...dokáže se rozhodnout, nebo něco dělat, když to neklape, tak to ňák řešit...Ne, jak jsem říkala, čekat, až jak se to vyvrbí.

Dostáváte se teďko do situací, kdy je potřeba držet pozornost...soustředit se...

Hm...tak to je akorát u tý práce, když už teda...mmh...mám ňákej termín odevzdání, tak v tom období...já nevím týden předtím jako se hodně musím soustředit a tu práci rychle udělat, nebo prostě kvalitně i udělat, že jo, to je o pozornosti a o tom si to tak přečíst pořádně, aby tam nebyly překlepy, nechyběly uvozovky, čárky a takovýdle věci, takže tam se ta pozornost vyžaduje.

A jaké to pro vás je?

No tak...mmh...jako nedokážu takhle pracovat celej den samozřejmě, takže si...dělám takový přestávky...že to vidím, že už jako bych dělala chyby, takže...ale jinak to jako zvládám. Jako dokážu se soustředit, když je třeba, tak prostě třeba tu práci dodělat, nebo takhle. Nemůžu jako osm hodin takovým tempem, to rozhodně jako ne...

A jaké je to ve srovnání s tím obdobím třeba dříve jak jste to měla?

Možná jsem vydržela dýl...delší dobu jako...třeba dvě hodiny se učit na tý vysoký. Já jsem to dělala stylem, že jsem si vypracovávala otázky, co jsem psala jako. Jsem se nedokázala učit z učebnice. Takže to třeba tolik už nevydržím teďko.

Hm.

A je to otázka asi vůle, že kdybych se přinutila, že vydržím dýl jako...no, ale nedělám si tak násilí (smích). Radši to dělám dýl, jsem tam přesčas třeba, než abych intensivně pracovala...čtyři hodiny, nebo tak.

Tak teď bych se zeptala u každé z těch...ehm...oblastí, o kterých jsme mluvili, když byste si to mohla představit třeba na ňáké té škále od nula do deseti. První věc je teda vůbec s tou depresí. Když nula by byla ňáká chvíle, kdy jste se cejtila úplně nejlíp a tu depresi jste neměla, a desítka...teda pardon, nula je ten nejhorší okamžik v té depresi a desítka když byste byla v pořádku a už tu nemoc nějak nepociťovala...tak kde jste teď, na té škále?

No tak teď na tý desítce. Úplně v pořádku, no.

Jak to poznáte, že jste na tý desítce?

No to jsem vám říkala, že...eh...mám ty výkyvy...že se hned hůř soustředím, to je na tu práci duševní, že jo, samozřejmě a mám ty pocity ty fyzický toho strachu, nebo bušení srdce, neklid takovej. To musím řešit tím neurolem.

To znamená, že teďko to jakoby...

Teďko absolutně neberu, teda ten neurole nepotřebuju a jsem v pořádku jako nemám vůbec tyhleto stavy.

A ta nula, na té jste někdy byla?

No to bylo to období, kdy jsem teda se pokusila o tu sebevraždu. To už absolutně nešlo nic. Jsem ani fyzicky byla jako nešikovná, jsem doma vařila ňáký...si vzpomínám! Hrách, hrachovou polívku, no,

všechno jsem to připálila...prostě úplně jako i fyzicky jsem nemohla pracovat, natož teda duševně. Knížku nepřečetla, na film jsem se nemohla soustředit, dívat se na televizi, nic mě nebavilo, že jo. To jsou ty známky, jako, ten nezáměr o cokoli. Jako rozhodně to je velice nepříjemnej úsek mého života.

A ještě teda, když jsem takhle říkaly, že jste si nemohla číst knížku a nemohla jste se soustředit, čím to bylo teda, že jste...bylo to tím, že vás to jako nebavilo, nebo tam bylo ještě i něco, že to třeba nešlo?

No nešlo. Nemohla jsem se vůbec soustředit. Přečetla jsem řádek a druhý řádek už jsem to nevěděla, co čtu, furt dokola a to nešlo.

Takže hlavně to soustředění nák tam...cejtím, že je takový důležitý.

No, no, no. Jo.

Jak dlouho už teďko se cejtíte být na tý desítce?

No asi tak...tři neděle, měsíc. Teďka bych měla jít na kontrolu příští měsíc někdy v říjnu, tak jsem myslela, že bych mohla snížit...ty dávky. Protože to беру celkem hodně a léta jsem brala ten Efectin. Jenom pětasedmdesát miligramů a teď tady se mi to takhle vyšplhalo nahoru, což myslím, že vůbec není dobře. Protože pak nemám už rezervu, kdyby se mi to zase jako...to je nevyzpytatelný, že jo, to nemůžu předvídat. Ale teď opravdu to je jako v pořádku, no se cítím velice dobře.

A...teď ta paměť...zase nula by byla...nějaký okamžik, kdy jste vy vnímala, že to bylo třeba nejhorší u vás s tou pamětí...jestli vůbec takový okamžik nějaký byl, kdy jste si nemohla pamatovat...prostě brala byste to jako nulu na té škále, že to moc nešlo. A desítka naopak úplně bez problémů, paměť přesně funguje tak, jak byste si představovala...Tak kde byste byla teď?

No...To nevím jestli...ehm...jsem měla paměť jako lepší...asi jsem měla, když jsem byla mladší, že jo, ale...to je o něčem jiným, než asi vy chcete vědět (smích). Tak jako to chcete srovnat s tím, kdy jsem ty deprese neměla...A to jsem byla právě...s téma do dvacetičtyř let, to jsem byla mladá člověk. No, takže...Já bych neřekla ani v té depresi, že bych zase úplně všechno zapoměla...to jako tam není, tak tam bych to...tak jako zapomínala jsem věci, teda nevzpomněla jsem si na víc věcí, než když jsem v pořádku...bych to hodnotila jako, já nevím, čtyřkou...a teď osm, devět. V současné době jakože, určitě jsem měla období, kdy jsem si pamatovala víc.

Je mi to jasný, že ono se to asi těžko srovnává s nějakým obdobím před třiceti lety, nebo tak...To jako samozřejmě беру v potaz, že tam můžou hrát roli i nějaký jiný vlivy.

No.

To učení, já vím, že ta škála je taková kvantitativní, že to je jakoby těžký to tam najít, ale to je spíš pro mě jen tak orientačně...s tím učení zase by to bylo stejně, od nula do deseti, nula, když vám to vůbec nešlo se nic nového naučit a desítka, kdy by bylo všechno úplně v pořádku...

No tak to by byla asi tak ta jednička...možná jako...naučit no...nula spíš, já bych to tak se myslím nenaučila. Jenom jsem mohla jsem chodila do práce hodně dlouho s téma deprese, tak to zase, to byl už grif, že jsem něco mohla, ale abych případ vyřešila, který jsem předtím neřešila, tak to bych asi nezvládla, takže taky nulu bych tam dala...u toho učení a...mmh...teďka taky takovou osmičku.

S tou vůlí, když se potřebujete k něčemu přinutit...

Mm...tak to tak dvojku...nejhorší...a teď teda takovou šestku...Že tu vůli jako mám...ale to je jak říkám taky jako vlastnost, no, to nebude jenom...možná taky? Nevím (smích). Ale určitě to je tenhle faktor.

A...rozhodování teda? Když se máte rozhodnout pro něco...

Mmh...tak nulu a devítku.

A pozornost...ještě máme teda poslední...

No tak to...bych řekla...tak tu jedničku a tu...osmičku.

Ještě jsem se vás zapomněla zeptat na jednu věc a to jak byste hodnotila nějaký svůj tempo...jako třeba pracovní hlavně...mmh...jak to vnímáte?

No určitě mám menší...nižší pracovní tempo, než jsem mívala...pracovala jsem rychleji.

Nebo i možná...nejen teda v práci, ale vůbec prostě, jako takový to životní tempo, nebo já nevím, jak bych to nazvala.

I tak. Že bych byla nák činorodá...Ale měla jsem i takový období, ale to souvisí s tou nemocí, podle mého názoru, i když mi to nikdo nepotvrdil, že...jsem měla takový období jako aktivní...jako maj ty maniodepresivní stavy, že jo, tak třeba ty mámě...to jsem byla hodně aktivní a dělala jsem všechno možný a...nevydržela jsem...nemohla jsem se soustředit, to je tam to samý, ale furt jsem někde chodila, sbírala jsem sháněla desky, třeba tenkrát se hodně špatně sháněly náky zahraniční, že jo, kupovala jsem si náušnice až tak jako nenormálně, v takovém kvantu a furt jsem musela něco dělat...fyzicky. A nemohla jsem taky sedět u televize a dívat se na televizi nebo číst knížku. Ale to bylo určitě v souvislosti s tou nemocí, taková jako nejsem.

A to jste měla kdy?

To jsem měla, když jsem se vrátila odtud. Mě to přešlo jako z té hluboký deprese...Ten lékař tenkrát říkal, že to je taková euforie z toho, že jsem se vrátila. Jsem se vrátila na Vánoce domů odsad. No ale mně tady jako nebylo pak špatně! Protože já když jsem se z toho dostala trošku, tak jsem byla na otevřeném pavilonu a všichni tam byli jako tak postižení, tak jsme o tom hovořili, taková jako psychoterapie...myšlená, že jo, nebo na kterou nemusí ty lékaři, že jo, ty lidi mezi sebou si o tom povídají...takže jako nebyla jsem nák stresovaná, že tu jsem. Akorát ze začátku, když mně bylo zle, no.

Hm, hm. Takže jste to neměla jako, že byste se vrátila...

...Ne, to si myslím, že nebyl důvod, no.

Vnímáte...jestli se to vůbec dá říct...že třeba ta deprese mohla ty vaše kognitivní funkce nějak ovlivnit?

Mně se nezdá. Nemyslim si to.

Takže spíš by tam byly náky ty jiný faktory...

Hm, hm.

Tak. Už se blížíme pomalu k závěru (smích) těch otázek...Ještě se vás zeptám...Máte třeba někoho blízkého, kdo vás třeba dobře zná už i z toho období před těmi depresemi a i teď...s vámi třeba trávil hodně času...je někdo takový?

Ne.

Nebo někdo, kdo vás třeba aspoň zná delší dobu...

No...to mám, to mám kamarádku takovou.

Hm. Ona třeba...myslíte si, že vnímá náké změny, které by se u vás...ee...děly...

...Ne.

z hlediska hlavně třeba té...

To si už ani nikdo neuvědomí, že to prostě bylo tenkrát.

Ptám se proto, že oni někdy ty lidi, co s námi tráví hodně času, to líp viděj, že jo, než třeba člověk sám na sebe, to zas tolik nepozoruje, protože to tak plynule jde.

Tak to určitě ne, nikdo nic takového neřikal, lidi co mě znaj. Třeba deset let, že jo, tohle třeba už je hodně letý...šestadvacet, takže deset let kdo mě zná...nic takového.

Tak a poslední otázka, jestli byste ráda využila náky...co byste potřebovala v tomhle období, kdy už jste úplně v pořádku, za péči. Pokud vůbec nákou. Co byste třeba ocenila ještě ze strany těch odborníků., psychologů, psychiatrů...

No to asi nemůžu nic jako vymyslet, protože mně to i jako řekli...já jsem tady ani nechodila na žádný psychoterapie, že řekli, že to jsou ty deprese bez příčiny, že to nemá cenu. Řekli, že to mi nepomůže. I když si to taky nemyslim. Já si myslím, že mně to pomohlo, že jsem byla tady v tom kolektivu stejně postižených a mluvili jsme o tom. A nebyla jsem ani na žádnéch psychologickéjch testech jsem tu nebyla, na ničem. Že mně to můžou napravit jenom ty léky, ta chemie v tom mozku. Takže jenom jako sem chodim na ty kontroly měsíčně, nebo když to je dobrý tak za dva měsíce za tři...a to jako si řídím já

to dávkování, protože ten doktor to nemůže vědět. Jenom co mu řeknu tak podle toho. Chcete to snížit, chcete to zvýšit...to jako mi nemůže nikdo pomoci ničím jiným. Podle mě ne.

Uvažovalo se o projektu rehabilitace těhlech kognitivních funkcí, pokud by se vůbec zjistilo, že by o to lidi měli zájem, že by se udělal nějaký takový program...aby člověk se do toho rychleji dostal...takže něco takového, jak byste to brala vy? Mělo by to smysl pro vás?

Nevím, jak by se to mělo směřovat, co by se se mnou mělo dělat. Protože já jsem celkem v pohodě, jak říkám, takže to jenom říkám tu mojí lenost, to je vlastnost, že, to není na to žádný recept (smích), abych začla...to je otázka vůle, že jo, aby se překonal a byl silnější.

Že jako ta vůle je jediná taková oblast, kde byste to vnímala...

No, no. Možná tohle no. Kolikrát jsem se to snažila zjistit, jak bych měla žít, abych se do těch depresí nedostávala...Jóga že má ovlivňovat nějak tu psychiku a tu vůli nějak jako trénovat. Ale to jsem nikdy se na to nepřihlásila, tak jsem to teda nezkoušela, tak nemůžu říct, jestli by to mělo efekt. Jestli to není vlastní zase těm východoasijským lidem, že jo, že už to mají od narození vštěpovaný. Národy jsou na to založený, tak nevím, jak to na nás úsobí. Tak jako spousta lidí tvrdí, že jo...co jsem četla teda, nikoho neznám osobně.

Milan

Na úvod volně povídání o depresi vyvolané otázkou, zda by respondentka mohla říci něco o tom, jak probíhala její depresivní epizoda.

Tak. Já bych se Vás teďko začla ptát na ty jednotlivý vlastně funkce...

Jo, ty duševní.

Tak, ty duševní, jak vy hlavně to teďko jako vnímáte...První, co tady mám zmíněný, je paměť...to znamená, jak si myslíte, že vám teď aktuálně nebo poslední dobou funguje ta paměť?

No rozhodně mi funguje hůř než...než dřív a...je otázka teda...a nevím, jestli je to stárnutím, nebo tou nemocí, že jo. Ale to jako v tomhle řemesle to člověk jako ví, co asi potřebuje do paměti vměstnat a co má psát na papír, takže já to...jako kapacitu...třeba učení, to je jako špatný. To mám furt papír a tužku...

Jo, jo.

Ale to jako nevadí, nebo...Prostě je to horší. Určitě.

Na čem to poznáte, že je to horší? V nějakých konkrétních...

...No, konkrétně na práci, že jo, když sedím u počítače, dělám analýzu, tak musím mít nějak dohromady v hlavě informace o tom, co mi řekne ten zákazník, že jo, do jakých not, nebo jazyk jako překládám, že jo, jak se jmenujou proměnný a kam je dám a takhle, je toho dost a já už vím, že to dost už dneska je málo, než bylo...co jako najednou udržím v hlavě...abych ty souvislosti držel, že jo, že je toho málo, než...nemluví o tom, když jsem začínal, to je člověk nadšený, pamatuje si všechno a nepíše si nic...to jako bych řekl...v poslední době jako.

Hm, hm. A jak dlouho...

...Jak objem, tak jako vybavování a co ještě...rychlost vybavovat taky určitě. Podle těch pracovních, profesních věcí, jo, jako v životě to nějak jako nepoznám.

Jo, takže...

...jako že hledám brejle občas to...to nepočítám, jo. Ale ani mi to nějak nevadí snad...jako v praktických věcech, ale...

Takže v těch...

Ono to řemeslo to dobře změří, že jo, ty činnosti, jako spojený s tím programovacím řemeslem, tohleto...umožňuje mně to samotnému měřit, ne že bych to dělal nějak schválně, ale vidím to. Nebo furt

musím číst nové věci, že jo, přecijen jako. A pak vidím, že už se nové věci už se nenaučím. Nenaučím prostě. Naučím se je do zejtřka, ale pozejtří už je zas nevim.

Jo. K tomu učení, já se na něj ještě zeptám speciálně, takže...to ještě probereme. Ještě se zeptám k té paměti tam...jak dlouho to teda tak máte, ten pocit, že ten objem je třeba menší?

Aha...(přemýšlí)

Přibližně no...ono se to asi nedá úplně.

No vlastně se to dá...mně je teď šestašedesát...tak pět šest let posledních.

Hm, hm.

A teď mám ještě pocit...já jsem teď měl přestávku v práci...prostě jsem neměl zakázku, jo, přes léto...já nevím od dubna asi tak do teďko...října, že jo, jsem nedělal nic na počítači a když jsem si k tomu znova sedl, tak jsem měl...tak mám pocit...jako nemluvim o tom, že jsem zapomněl, co jsem dělal, jo ale, že se to zhoršilo tím pádem, že jsem to dlouho jakoby netrénoval. To možná teď si vymejším. Měl jsem ten pocit, no. Že se to skokem zhoršilo. Že když člověk jako jede...

Jak to teda vypadalo s tou vaší pamětí třeba ještě před tou depresí, řekněme, předtím...jak to bylo?

No vim, že jsem neměl paměť nikdy valnou. To jako byla moje s...to jsem věděl už ze školy...nikdy jsem na ní nespočíval, že jo. Jako bejvaj v ročníku lidí o kterých se ví, Péťa Luňáček, ten si pamatuje tři prachový partie...nebo Honza...jo prostě tohle jsem věděl, že ne. To nemám.

A...to znamená, že to bylo jako úplně stejné pořád...Řekněme, když srovnáte teďko to období před tou depresí, třeba nákou...pár let před tou depresí a teď...

Hm, hm. Jestli ta deprese zhoršila myslíte, pocit můj?

No jako že vy jste říkal, že to nikdy nebylo valné...tak teď nevím, s čím to srovnáváte. Jestli to srovnáváte s tím, jak to máte teď, nebo s tím vůbec jako celý život...

Ne, vy jste se ptala, jakou jsem měl paměť dřív, tak já vim, že dřív, když jsem o nemoci neměl ani potuchy, jsem si nikdy nezakládal s pamětí a...ne, to je silný slovo nezakládal...jako vim, že byla průměrná, snad, nebo možná spíš podprůměrná. Tak nák.

Hm, hm. Takže nák jako nikdy jste neměl pocit, že byste tu paměť měl nějak zvlášť dobrou a...

...To určitě ne.

...a teď se to jako zhoršilo...

...teď ale vidím, že proti té úrovni je to ještě horší. Nebo je to níž.

Tak teďko teda k tomu učení...

Mmh.

Tak zase, jak jste na tom teda teď? S tím učením? Když máte nákou situaci, kde se musíte naučit novým věcem?

No za prvé když vim, že se učím těžko, tak tím pádem už si nerad teda začínám něco jako...otvírat novou knížku. Učebnici, jo. Nerad začínám učit se zcela nové věci. No a když musím, tak...tak to jde velmi těžko. To znamená vštípivost, nebo jak se tomu říká, prostě nový pojmy, že jo, nebo nový souvislosti, nebo...to jako...

Hm. A jak je to v porovnání...

Teď zrovna to bylo jako ukázkový...tady tohle jako příklad...žena si koupila knížku o genetice...zajímavou, jo! I jako obsahově. Ale musím ji číst po kouskách a jenom když opravdu mám náladu a po třech stránkách přestanu...ono ten text je jako dost náročnější, jo, nový pojmy, ale to mě jako opravňuje to říct o sobě, že se už učím hůř no. Tak už jsem starej no.

Hm. Myslíte si, že to je tím, že třeba...

Jo, já nevím, čím to je, jestli je to depresí bejvalou, nebo čím, já si spíš myslím, že je to stářím. Jako takhle...já nevím, fakt, jak se to pozná ani. Jak vy to budete...

...Já to teď jako...

...Nemyslim vy osobně, ale jako psychiatři...

...Já to vyloženě беру jako váš subjektivní pocit, to hlavně mě teďko zajímá...Jak to máte a kvůli čemu si myslíte, že to je.

Jo, jako samozřejmě. Todle mi mě jako vnitřně zajímalo, jestli to je důsledek deprese, nebo důsledek let. Ale jak se to dá objektivně zjistit, to netuším. Ale jako nemám to co tušit, že jo, nejsem doktor. Metodicky je to strašně těžký, přeci, ty vzorky udělat! Nejdou udělat vzorky, protože každé je...

Ono je to obecně těžký, no.

No já jsem dělal matematickou statistiku, tak vim, jestli je to nějaká faktorová analýza, že to jako objektivní metody jsou! Obecně. Ale já nevím na poli s bavlou, že se daj udělat dvě, že jo, a tak dál...Ale co se dělá s lidma...No nic, abych nezdržoval.

Ne, to určitě (smích) nezdržujete. Spíš si myslím, že to teda je opravdu těžký, no.

Jako k věci, já fakt nevím...vim, že se paměť zhoršuje, nemám rozhodně bych řekl (smích) depresi z toho, že je to po depresi, já spíš si říkám, že už to nějak vydržím...

Hm. Takže to učení, když byste to zase srovnal teďko jak jste to měl třeba před tou depresí...s tím učním, jestli si vzpomenete...jak to vypadalo?

No...rozdíl znatelný rozdíl nevím jestli před depresí, nebo v minulosti obecně...Ale já jsem měl depresi, takže říkám před depresí...tenkrát učení, to jsem se učil jaksi...rád...to není...ale dobře...nebo v pohodě a furt vlastně, protože v tomhle řemesle ne že by člověk chtěl, ale musí se...

Jo, jo, jo, takže v jakých situacích třeba jste cítil, že se Vám dobře učí, že to dobře jde?

Vždycky když přišel nový počítač, nový operační systém, nový jazyk...tak chtěl nechtěl jsem se to musel učit, ne že bych...ale chodil jsem na kurz, že jo, tak tam to je vidět objektivně...jestli to stihnete ve srovnání s ostatními, nebo si to doma člověk čte, že jo, takže to nějak furt šlo, že jo, navíc jsem někdy taky učil, že jo, třeba nový věci, takže jsem se je musel naučit sám, ale...takže tohle bylo v pořádku, před léty...před...

Kdy si vzpomínáte, že to bylo jako naprosto v pořádku, kdy vám to šlo?

Naposled jako...

Jestli si vzpomenete přibližně...

No vim, že jsem o tom nepřemýšlel vůbec před depresí a teď jsem o tom donuceně přemýšlel...takže ten mezník vidím...možná, já budu radši říkat s odchodem do důchodu, nebo po šedesátce...já nevím, co mám říkat, jo? Kdy jsem to pozoroval...Teďko jsem to nuceně formulovat, že jo, tak to taky pozoruju...

Jo, jo, já vim, je to těžký. Ale zkuste...

Po šedesátce bych řekl. Jaksi po tý...po tom, co jsem tu ukončil tu léčbu, tak...(přemýšlí)...tak jsem neměl pocit, že to bylo tím, že bych já hned viděl, že by to bylo horší. Čili já spíš bych řekl nikoliv po návratu z Bohnic, ale někdy po třiašedesátce...spíš takhle bych to formuloval...Opravdu jo?

Hm, hm. Tak další taková...

Já jsem vlastně poté, co jsem jako skončil tady s léčbou, tak jsem vlastně skoro hned mohl začít pracovat dál, takže to...jo, to šlo. Spíš věkem. Bych řekl já. Subjektivně.

Další taková oblast je...jako vůle. To znamená, když...

Co to je? (Smích)

Když se musíte k něčemu přinutit, tak zase, jak na tom jste teď aktuálně v takovýchle situacích s tou vůlí?

Teď...(přemýšlí)...To je dobrá otázka! To jsem si ještě nikdy nepoložil. Mně se zdá, že je to teď lepší, v tom smyslu, že teď jako vim...jak bych to řekl...o vůli většinou člověk nepřemýšlí, že jo. Pokud se něco udělá...teď musím často, opravdu, musím často si říct, todle musíš udělat, tak to udělej. A udělej to. A někdy ani...možná že trochu...jako chorobně. Jako (smích)...že mi to leží v hlavě, jo, trčí mi to tam...že jsem tak svědomitej, až to není hezký. Když to zas zformuluju trochu přibližně. Neměl jsem potíže něco dodržet, když jsem byl mladší, a teď mám potíže si to jako říct, naplánovat a pak udělat. Tenhle proces přirozený...v mládí přirozený proces...tak to udělám. Musím spravit klukovi kolo. V pořádku,

nepřemejšlite o tom. Teďko kdyby to bylo..hergot, musím si to napsat...jo, udělat si na to čas...nevím, jestli mluvím k věci teďko...? (smích)

Jo, určitě! Akorát já teďko tomu nerozumím, protože vy jste nejdřív řekl, že je to s tou vůlí lepší...

...No v tomhle smyslu, jako jo.

...a teď jste řekl, že vlastně...

...teď jí trénuju, že jo, a využívám...

...že si to musíte říct a že teda to jste dřív to měl jasný a...

Nepotřeboval jsem jí používat.

Jo...

Bych to tak řekl.

Jo takhle!

Aby jsme si teda r...

Jo, jo, jo. Takže předtím jste o tom vůbec nepřemejšlel.

No, jestli to je projev vůle, že třeba pojedu na dovolenou na vodu nebo zabalím...Balení třeba! Balení na dovolenou, to člověk sbalí normálně. Dneska bych musel vůlí prostě...říkám, nevím, jestli mluvím k věci, nebo k vaší otázce...Dneska bych se musel přinutit, zejtra musíš zabalit, hergot, to bude práce zase a...trošku přeháním, jo, ale...ten rozdíl tu cítím, v tomhle smyslu.

Hm. Takže dneska byste si to musel takhle jako říct...

Říct, možná i napsat...

Jo, jo.

A třikrát ještě se rozhoupávat a ještě bych to třeba odložil...Ale udělal bych to! To jako jo! To zas by to tam třeba nestálo.

A v čem je teda ten rozdíl?

Že dřív zamlada to šlo spontánně, věci, který vyžadovaly něco trošku nějaký úsilí, duševní, šly spontánně, teď si je musím naplánovat...ne musím no. Se mi to plánuje, kontroluju si dodržení a...a tak dál.

Hm, hm. A když teda byste měl...

Nemluvím moc květnatě? Já mám takovej sklon o tom takhle filozofovat...

Ne, ne, ne.

Kdyžtak to odfiltrujte.

Já vás kdyžtak přeruším, když byste nemluvil k věci...

No, no.

...to se nebojte, já si myslím, že je to všechno jako k věci.

Jenom abysme si rozuměli. Já to chci vyjádřit nějak...

Spíš abych vás správně pochopila, proto já se třeba ptám...

Tak, tak. Tak mě klidně přerušujte.

Mě furt jako zaujalo, že vy jste řekl v první chvíli, že ta vůle je lepší, tak teď abych tomu správně rozuměla...

Tak v tomhle smyslu, jako že jí víc používám, nebo jak...to nazvat. Nebo to můžem ještě rozebírat dál, ale myslím, že už si rozumíme.

Jo, že jí víc používáte...

Že jí bohužel musím víc používat k tomu, co jsem dřív dělal spontánně.

Jo, jo, rozumím. Takže si myslíte, že dřív, to co jste dělal spontánně, že to nebylo vůlí, ale že to bylo něčím jiným, že to samo fungovalo...

Asi tak, ano, tak by se to dalo...ano, s tím bych souhlasil s touhle formulací.

Jo, jo. A na čem to teda dneska třeba poznáte, že ta vůle je nějaká...že jí používáte častěji? Jestli můžete říct nějaký konkrétní situace...Jste říkal s tím balením, že jo, ještě třeba něco jiného? Třeba i v té práci něco?

(přemýšlí)...No ale to je možná vliv...vliv jako profese, nebo...ne deprese, nebo...že jako, když mám tu zakázku, tak opravdu si ráno musím říct: „Vstaň dřív, otevři ten počítač.“ A dřív jsem se do toho hrnul sám. To jako vysloveně si musím říct, naplánovat a napsat do kalendáře...

A čím to bylo, že jste se do toho dřív hrnul sám?

Říkám je to možná možná věkem...v mládí mě to bavilo, jo. Teď mě to baví taky, ale jako někdy (smích) mi to nestačí. Nebo někdy mě to nebaví, musím použít vůli.

Jo, jo...Tak teď taková další oblast je rozhodování...

Jo, to už si tak představuju lepší, co to je.

Jak to máte...no...jak to máte s tím rozhodováním zase teď aktuálně...když se musíte rozhodnout mezi nákými...alternativami třeba.

(přemýšlí)...Ve srovnání s mládím?...To je...já nevím, s čím to srovnávat, protože když budeme...když to budu srovnávat s mládím jako obecně, že jo, tak to je nekorektní pro vaši práci. Že to bylo všechno lepší, že jo, rozhodování...bylo takový spontánní, teďko...

Tak to nevádí, klidně to řekněte, jak jste to měl.

Rozhodování...(přemýšlí)...Dřív jsem se rozhodoval samozřejmě rychleji. Zas můžu to doložit sám sobě, že jo, nebo vám, na profesních návycích, že jo. Programování je proces, kde rychle nebo pomalu rozmyslíte, potom to napíšete do počítače a pak to ladíte, že jo. Čili v každé fázi vlastně se člověk rozhoduje, jestli už...už je to dobře a může jít dál, nebo ne. V tomto smyslu mládí obecně...deprese nedeprese, jo...jsem to namastil...bylo tam asi spousta chyb...i třeba v analýze, třeba jsem něco zapomněl...počítač vám to řekne, že jo, kolik tam těch chyb je. Čili jsem to namastil velmi rychle, všechny to...vim objektivně, že jo, protože to byly jsou různé kurzy, že jo, a testování, se vždycky píše písemka...jsme měli vždycky rychle. Neříkám, že taky špatně, jo, většinou to bylo i jako dobře, ale bylo to rychle. Dneska určitě...a ne dneska, teda už posledních já nevím deset let...ono je to spojitě, že jo...Zas než něco udělám, tak to tolikrát jako rozvážím, jestli tam jsou chyby nebo ne, že to ani neudělám (smích). Jako...formováno v krajně...extrémně, jo. Že to až neudělám. Pak to nějak udělám, jo? Ale že už zabere čas na...na úvahy, jestli to je dobře...jo...jestli, to rozhodování tak tímhle tím tak zatížený...že...Vim o tom, šťve mě to...zas mluvím o profesi, jo, protože tam to poznám. Nemusím to říkat nikomu, nikdo se mě na to neptá, v normálním životě je to jedno. Jestli pojedou šetskou nebo dvanáctkou, jo...asi to je taky horší s tím rozhodováním, ale...to jo. Čili pomalejší a furt zatížen rozhodováním, furt zatížen v pozadí úvahou je to dobře? Nemluví o nákech existenciálních věcech jo, třeba vnoučata jak vychovávat, ale drobnosti, jo. Už můžu začít psát program? Už to máš rozmyšlený? Ještě nee. Už to můžu odevzdat zákazníkovi? Ještě ne, radši.

Jo, to je jak to máte dneska vlastně.

Jo. Takhle blbě. Nebo takhle...

Hm, hm. Takže hodně dlouho třeba...

Nevím jestli hodně, ale on to asi má každé takhle, že jo.

Delší dobu.

Hm.

Tak teď další oblast pozornost, soustředění.

Hm, hm.

Takže to je asi taková důležitá věc...

Noo.

Jak to máte zase teďko?

To je nudný. Zase špatně. Já si nestěžuju! Já si teď vybavuju, že jsem už o tom třeba přemýšlel, nebo jsem si to uvědomil...Ale já bych řekl, že je to skoro bezcenný pro vás, protože...to stárí, udržet pozornost, to skoro nejde. A to zas můžu říct objektivně na příkladech, ale i z běžného života teda, jo, rozhovor s ženou, třeba že jo. Ale já to mám taky teda.

A náký přímo příklady abych věděla, jak se to třeba projevuje?

(přemýšlí)...No...mmh...v běžném rozhovoru s ženou, s klukem, se synem, že jo, že jako když...když už těch dejme tomu myšlenek, nebo slov je moc, tak to počkej, řekni mi to ještě jednou, nebo dost, já se zeptám a takhle, jo? Větší úsek informace prostě...si hůř jako...zpracovávám.

Hm, hm.

Pozornost. Co ještě pod...na školení taky, že jo. Tam už je vidět podle mladších kolegů...ale to je už jako s věkem, že jo, skoro spojitě, nebo nevím, jestli spojitě, já jsem to jako nestudoval...na kurzech, kde jsem byl s mladšími kolegy, jsem najednou viděl, že oni už to...jo, jo a já jsem se musel zeptat, jak to je. Čili to ani není pozornost, že to je objem, co jsem schopnej vstřebat, ale...pozornost třeba...Že už mi uniknou třeba věci v provozu. V autě když jedu, že jo.

Jako třeba jaké věci uniknou?

(přemýšlí)...Si všimnu, že při přecházení ulice najednou jsem si uvědomil, že jsem si nevšiml, že něco jede, co by mě taky mohlo přejet. Tuhle. Jo? A takovýhle drobnosti. Pozornost, co ještě...Abych vám to nevykládal jednostranně o tom, že na školení...dejme tomu, už jsem dlouho nebyl...(přemýšlí) Nebo se ptejte. Já už nevím, co k pozornosti říct.

K tomu jak to teda...jak jste to měl dřív zase s tou pozorností, soustředěním...

Já to celý vykládal ve srovnání vlastně s tím, že jsem byl dřív, v mládí tu pozornost jsem jí nevnímál, jestli jí mám dobrou nebo špatnou. Spíš jsem byl pozornej bych řekl. Byl jsem schopnej jako koukat, co kde lítá, v tom smyslu jako informace vstřebávat, to jako my potíže nedělalo.

A vzpomenete si na nějakou situaci třeba v době před tou depresí, jakoby před těmi šesti lety...nebo tak nějak, jak jste to měl s tou pozorností...bez ohledu na to, čím to mohlo být způsobené...jestli si vzpomenete na nějakou situaci...

Kdy jako pozornost byla...

Jaká byla ta pozornost před tou depresí, nějak v té době.

No příhodu, která by ilustrovala mojí skvělou nebo horší pozornost si nevybavuju...nebo spíš to mám jako spojený s tím procesem učení a já nevím práce a počítače a takhle, jo. Že jsem s tím...jednou větou, že jsem s tím neměl potřebu si to nějak uvědomovat, jako jaká je moje pozornost a spíš si myslím, že byla dobrá. Jsem vnímal, že jo, co říká šéf a co jako formuluju...tak to jako...

Před těmi šesti lety?

No. Dřív...obecně.

Nebo ještě dřív.

Ještě dřív, za studií...jestli můžu tak nějak (smích).

Můžete, já jen že už jste říkal, že v tom mládí...

...Já si vždycky stěžuju, že ve stáří je to horší, takže je to dost místama i monotónní, ale...(smích)

Ne, tak o to nejde, jestli je to monotónní nebo není (smích). Jde o to, abych já zjistila vlastně co nejpřesněji, co chcete říct a jak jste to opravdu měl a...ještě teda by mě zajímalo, když teda víte, že v mládí to s tou pozorností bylo dobrý, nebo jste nějaký problémy nevnímál, tak jestli si vzpomenete, jak to bylo třeba před těmi šesti lety. Někou zase situaci...

Jako před tím atakem tý deprese?

Tak. Ano.

Těsně jako?

No buď těsně nebo třeba nějaké roky kolem.

(přemýšlí)...

Jestli to bylo stejné, nebo jestli už to bylo takové, že jste pociťoval třeba nějaké problémy s tou pozorností a nebo jestli to bylo nějak jako výrazně třeba lepší.

Hm...(přemýšlí). Já zase...ten okamžik onemocnění mi prostě neodděluje...pro mě jo? Etapu, kdy byla pozornost dobrá od etapy, kdy už teďko je pozornost špatná. Ten předěl nevidím v tý...ale je to subjektivní, já nevím, jak to říct lepší, nebo...ten nevidím v tý nemoci, jo?

Jo, jo, jo.

Kdybych tu...ale je to subjektivní pocit, kdybych tu...já mám pocit teďko, že kdybych tu nemoc neměl, že bych na tom byl stejně, dejme tomu špatně, teďko s pozorností, s pamětí, se soustředěním, jako kdybych...

Rozumím.

Jo, takovej mám pocit, ale to je informačně bezcenný pro vás.

A vidíte někde ten předěl?

...já prostě tý depresi to jako nevyčítám (smích). Takhle to chci říct.

Rozumím.

Já vim, že byste ráda...nebo že bysme rádi se dobrali toho, jak ta deprese...no těžko no, těžko. V jaký oblasti, jo, bych jako viděl?

Ne, jako jestli, s tou pozorností pořád, jestli když jste řekl, že ten předěl nevidíte s tou depresí, tomu rozumím, že tam jako nevnímáte nějaký rozdíl před a po, ale jestli nějaký jiný předěl teda v tom vidíte.

...jinej, v jinym rysu, jakože...

V té pozornosti teďko. Jo, jakože když se to teda změnilo a vy jste říkal, že to bylo dobrý...

Jo takhle! Jo, jo, jo, už vám rozumím, jo jo jo...(přemýšlí) To nevím no...stejně jako teda nevím, kde bych ten předěl našel u rozhodovacích schopností nebo vůle...(přemýšlí). Říkám, možná banálně to vidím v tom, že přibíejav roky.

Jo, takže spíš jako s tím stářím...

Všechny tyhle vlastnosti že se zhoršujou.

Ještě se zeptám, jakou máte rychlost třeba reakcí...teďko to znamená to psychomotorické tempo, jestli víte přibližně, co to je...

No myslím si, že vim, co to je, protože jsem dělal závodně šerm, ale...nikdy jsem to neměřil, nebo nikdy...takže pardon, povídejte dál.

Jak to vnímáte teďko, jak jste rychlý. Jakoby psychomotorický tempo je vlastně rychlost reakcí jak psychických, kdy si všimnete třeba nějakého podnětu, ale taky i fyzických, jestli jste spíš ten typ pomalejší, rozvážnější, nebo spíš rychlejší...

No určitě zase oproti předchozímu životu, nebo to jsem si všimnul, že se zpomaluje, no. Zpomaluje se jak rychlost prostě pohybování se po schodech, nebo ukládání do postele, to jsem si všiml, jsem si jako říkal, že to dělám pomalejc, prostě. Ale je to taky tím...mám asi artrózu, nebo co, prostě kolena a páteř a klouby, takže...ohybám se o hodně pomalejc, než dřív, dřív se člověk pohyboval rychlejc, ale taky je to tím že teda mám potíže s klouby. Mě bolí. Páteř mě bolí a tak. Ale...jako to je fakt, že se pohybuje člověk pomalejc. Obecně po světě. Já teda se pohybuju pomalejc.

Dobře. Tak teď bych s vámi probrala ještě jednou všechny ty funkce, ale už jen tak...mmh...Takhle. Nejdřív jestli si můžete představit nějakou škálu od nuly do desítky. Nejdřív to vezmeme na tu depresi, nula je okamžik v té depresi, kdy jste se cítil úplně nejhůř a možná třeba pro vás ani nikdy nenastala, nevím...a desítka zase okamžik, kdy byste byl už úplně vyléčený z té deprese, už byste byl úplně v pořádku. Tak na kterém tom místě tý škály byste byl teď?

...(přemýšlí) Já nevím. Sedm, osm. Objektivně, já teda беру každéj den lék, беру Fevarin, jednak...a jednak se opravdu jako úplně zdravěj necítím v těch...protože...no prostě mi občas žena vyčítá...jako že to občas nebylo tak...Jestli to je osm nebo sedm...Není to teda, necítím se úplně, jako nevádí mi to, ale na deset se necítím. Ale pak dvě, tři taky, čtyři, pět. Vim o tom, že nějaký...já nevím, jestli je to zbytek deprese, nebo trvalej prostě stav takovej, ale..no.

A jak dlouho už jste tak na té sedmičce, osmičce...teďko?..

No...Ono je to teď, možná to bude zkreslený ty moje informace. Tak zhoršilo se to posledních tak rok...protože ale je to...nebo já si to možná vykládám špatně, ale žena je nemocná teda, s psychickým onemocněním, vlastně celej život už je v invalidním důchodu, žila...žije s tím jako v pohodě...po narození teda druhý dcery...byla tady několikrát léčená na nějaký ataky a pokusy o sebevraždu. Ale jako žili jsme

s tím dokonce natolik jako dobře, že jsme...tam bude možná mez, kterou hledáte. Žili jsme s tím natolik dobře, že jsme vlastně děkovali pánu bohu, že nás takhle, jo, že máme tři děti, že teda mohla být i doma. Já jsem jako chodil do práce v pohodě, máme tři děti a ona s nima byla doma, ta nemoc jí nák nevadila, dostala pak sice občas, když ještě chodila na kontroly jako k důchodu, tak se vrátila prostě se rozbrečela, pak už jí to prostě dali a byla v pohodě úplně, jo. No proč to...abych to zkrátil teda...jenže...to si současně trochu stěžuju vám jako budoucí psych...lékaře...Jenže poslední asi dva nebo tři roky se to myslím se ženou zhoršuje a...no a to cítím, že mi jako vadí. Vadí v tom, jako nemyslim psychologicky, ale že od toho to trochu mám.

Hm. Že taky se to u vás trošičku jako...

No.

Dobře. Ted'ko zase tu škálu od nuly do desítky...

Jo.

...na paměť. Ta paměť zase když by nula byla náký okamžik, kdy by ta paměť vůbec teda nefungovala...podle vašeho názoru a desítka, kdy je jako paměť úplně bez problémů, všechno v pořádku. Tak kde byste zase byl ted'?

...(přemýšlí), Tři! Nebo čtyři...Já ted' (smích)...

No, jak to máte. Hm. A před tou depresí?

...(přemýšlí). No...to já bych zas...já se musím krotit, protože bych zas začal žvanit, že před depresí po promoci osm a před depresí dvacet let po zaměstnání to bylo sedm. Takže...

To klidně řekněte!

Tak to ted' říkám takhle no (smích).

Můžete říct obojí.

To říkám takhle.

A během deprese...ještě když...

To nevím, nevím.

Vnímal jste to nák během deprese?

To fakt nevím, to jsem neměl příležitost to jít zkoušet. Testovat, že jo...To fakt nevím, opravdu nevím. Ted' bych řekl, že tak ta trojčička dobrá (smích).

Hm, hm. Dobrý. S tím učením...zase nula by byla okamžik, kdy by vám to vůbec nešlo to učení...

Ted'ko jo?

Ted'ko.

Současnej stav? Tak čtyřku...nebo trojku. Můžu říkat dvě čísla?

Můžete, to spíš je takový orientační, já vim, že to je těžký do těch čísel...

Právě. Tak to tak berem.

A předtím teda? Můžete klidně říct před depresí přímo před depresí a nebo ještě klidně i v mládí to můžete jako ještě rozdělit to období...Jestli se to nějak lišilo u vás, tak klidně to rozdělte.

Nemusím to dělit. Takže...paměť to byla, jo?

Učení, učení.

Učení! Ted' demonstruju (hlasitý smích). Učení? Před joo? Mmh...osm! Až devět teda.

Jo.

A po jsem říkal, nebo ještě...?

To jste říkal...A během tý deprese?

Zas...

To nevíte.

To jsem se neučil, že jo.

Hm, hm. Tak pak máme tu vůli. Takže zase nula by byla, když by vůbec ta vůle nefungovala podle...když by vůbec jste nebyl schopný...třeba se přinutit k něčemu a desítka

úplně jako bez problémů, všechno v pohodě, přinutil byste se, do čeho byste chtěl...Tak zase, kde byste byl teď?

Todle já náák...s tou vůlí speciálně...jsme se náák neshodli, jak to vlastně berem, že jo, tak abych to nezdržoval...

Berte to tak, jak jste to vysvětlil vy, jak to vnímáte vy, tu vůli.

Teď ji musím víc používat, že jo, tak v tomhle smyslu, teď sedm a předtím pět. Jo?

Jo, jo.

V tomhle smyslu.

Jasně. Tak, potom jsme měli to rozhodování...

Rozhodování...To je teď horší, že jo, hodně...(přemýšlí). Dvě až tři. Předtím...veelmi rozhodné...to je samozřejmě blbě, ale...osm, devět.

Hm, hm. Tak a poslední je ta pozornost. Jak byste to měl pozornost, soustředění. Zase nula kdy vůbec byste nebyl schopný se soustředit a desítka...kdy by to bylo úplně...

Teďko tak tři...tři, čtyři, a předtím sedm, osm.

Hm. Tak. Poslední teď už takový volnější otázky, jestli máte někoho...asi ano...někoho velmi blízkého, kdo s vámi jednak tráví hodně času a jednak vás zná vlastně z toho období jak před tou depresí, tak i teďko...

Hm.

Jestli ten člověk u vás vnímá...spíš je to čistě teoreticky...

Hm.

...někde třeba změny, zvlášť v těch oblastech, o kterých jsme se bavili. To znamená paměť pozornost, učení...Nevím, koho takového máte...?

No ženu, ženu.

Tak jestli třeba...

Děti už jsou samostatný, těm je to taky jedno, že jo.

Hm, jako kdo vás dobře asi zná, pozoruje vás...Jestli ta vaše žena, jestli si třeba...vnímá nějaké změny, co si myslíte vy? Jestli vám třeba něco takového říkala, nebo...nebo vůbec ne...

Ale jo, tak...změnu jako k náladovosti rozhodně vnímá a uvádí a...říká prostě, větší náladovost...Jako sama někdy uvádí, nebo sama říká něco v tom smyslu,jako že: „Už zas máš depresi?!“ Ale to neříkám jako abych...že jí mám! Já bych...spíš jako mám někdy špatnou náladu. To jako se budu hádat i s psychiatrami, že kdyby v tom momentě přišel psychiatr, řekl ty máš zase depresi, není to deprese, je to špatná nálada z nějaký příhody! Která možná se projevuje víc stářím, dřív jsem nad tím mávnul rukou. Ale náladu objektivně, když si zas budu stěžovat, z objektivní události, kterou...nebo z řeči...která se stane. S ženou třeba, že jo, a tak. Tak to mně teda způsobí vždycky...něco, co by se dalo nazvat deprese. Jsem otrávenej a nebo...Pokud je to k věci, teda.

Jo, jo, jo. Ona to teda vnímá spíš v té náladě.

Že to jako vnímá. A co ještě? No vnímá rozhodně, že třeba...že něco hledám, že jo, že teda vnímá patrně ztrátu...zmenšené...co to je, pozornost, nebo co, nebo soustředění. To rozhodně vnímá. Kdybyste se jí zeptala, tak by to možná řekla jinak, ale jo, že si všimne, že...že jsem zapomněl klíče.

Jo. Tak to je možná paměť spíš, ne? Nebo...co to je?

No...Jo! Todle je těžkej odstavec, protože zase...já zas vás budu zdržovat...žena je šíleně svědomitá, což mimochodem byl jeden jako možná důvod, nebo takovej aspekt, kterej přispívá k tomu, že takhle jako onemocněla...A tím jak vychovává...tím jak ona říká a furt musela dbát na to, jestli si vyčistili zuby a vzali si svačinu...tak todle teda rozšiřuje i na okolí...ne na mě, jo...Takže by vám řekla možná víc ještě co všechno mi musí připomínat, ale nemusí jo, jako. Teď se jako nehájím, jo, já to říkám, když jste to formulovala, jak žena vidí můj...možná ho vidí hůř, než je. Ale to je spíš do povídky, než do objektivního měření, no.

Barbora

Na úvod volné povídání o depresi vyvolané otázkou, zda by respondentka mohla říci něco o tom, jak probíhala její depresivní epizoda.

Radši se mě na něco ještě ptejte, protože já už nevím, co mám říkat.

Tak já se začnu ptát na ty jednotlivý funkce kognitivní, jak jsem vám říkala, tak první, co by mě zajímalo, by byla paměť. To znamená, jak vlastně jste na tom dneska s tou pamětí.

No já si myslím... (smích)... Já tady s sebou, možná že jsem vám mohla vzít... ikdyž ne, já jsme vlastně dostala pak výsledek od tý... (výsledky testů na kognitivní funkce)

Jo, jo, jo.

A tam teda i paní doktorka se na to dívala a říkala, že to mám hodně rozházený teda, tam jak jsou takový ty puntíky...

No zkuste spíš možná říct, jak to vnímáte vy... jako já chápu, že třeba ty testy...

... Já to vnímám tak, že... eeh... jako dlouhodobou paměť mám dobrou, ale s tou krátkodobou že to je možná horší. Jako rozhodně si pamatuju, když si třeba něco s někým domluvim, nebo prostě tak... eh... to si určitě jako pamatuju prostě, já si nemusím zapisovat... mmh... já nevím, taková nějaký věci že bych zapomněla, co mám druhý den někam jít, nebo takhle. To ne. Tak co se týká prostě nějaký... nějakých úkolů, nebo povinností, to si pamatuju. Ale horší to je prostě jako s přísunem informací bych řekla, jo? Prostě když se dívám na zprávy, nebo si přečtu noviny... i když prostě třeba mě to zajímá, nebo něco... tak ale když třeba to prostě chci za nějaký čas někomu říct, co jsem viděla, nebo slyšela, tak to... tak už to je takový... prostě nedokážu to říct jako tak přesně nebo zřetelně. Už prostě si to tak jako nepamatuju přesně, jak to tam bylo... spíš jenom tak jako... mmh... tak jako... útržkovitě, dalo by se říct, jo? To jsem na sobě vyzorovala, že tohleto teda mám, a nejsem schopná... prostě už jsem si říkala, že bych měla třeba začít asi číst, nebo něco, aby jsem si to trochu vylepšila, protože je fakt, že třeba nečtu... dřív jsem třeba četla knížky a teď moc ne. A že v podstatě asi jako těch osm let nebo devět let jsem hodně doma a nechodím do té práce a vlastně nemusím si nic moc pamatovat. Takže asi se to prostě projeví, člověk to netrénuje jako tu paměť takhle... To si myslím, že jo.

Jo, jo. A vzpomenete si třeba jak to s tou pamětí bylo vlastně předtím vůbec než tyhle ty nějaký potíže přišly?

Jako s tímhle, co teď říkám?

Eeh... s tou pamětí, no... jako jak to bylo. Než jste vůbec pocítila nějaký první... třeba jako tu paniku a tak.

No... No, já si myslím, že jako určitě jako jo, že prostě i v té práci, kterou jsem dělala, tak jsem si musela vlastně pamatovat, takže to jsem si přečetla vlastně někde, tak jsem to jako musela si pamatovat a vlastně jsem i v té práci musela dělat věci, kdy jsem vlastně prostě sama i psala v podstatě... (smích) jakoby takový příručky, takový ty vnitřní... prostě pro ty, který pak ty programy obsluhovali, tak v podstatě jakoby popis teda... Takže to jsem asi vlastně si pamatovala, že jo, jak to probíhá, a byla jsem schopná to v podstatě i sepsat jako jo, dost podrobně, to jsem s tím problémy neměla teda.

Hm, hm. A třeba v tom každodenním životě? Ještě jakoby předtím... zase to vypadalo jak, s tou pamětí?

Já určitě jsem neměla problémy v tomhle.

Jak se to třeba projevilo konkrétně, že vlastně jste ty problémy neměla, v kterých třeba situacích jste to vnímala?

Že je nemám? (smích)

(smích) Já vim, že to takhle je hloupý jako říct, ale... jestli jste to vůbec třeba pozorovala, něco jako že byste si řekla...

No dřív určitě jsem neměla... nepozorovala právě problémy s pamětí.

Nebo naopak jestli jste si říkala, že to bylo třeba dobrý...

No...já si myslím, že jo, že jsme měla paměť jako docela jako dobrou. No ale teď opravdu tohleto...jako upozoruju, že prostě třeba i film třeba vidím, nebo něco a když to pak musím někomu převyprávět, tak prostě nejsem schopná. To si jako uvědomuju sama.

Jo, jo, jo.

Že tohleto jako tak je. Že tohleto...jako dlouhodobou samozřejmě mám docela dobrou, takovou tu co se týká toho běžného života, že bych zapomněla třeba někam přijít...ale spíš tady v tom prostě, v takovém tom jako když něco jako poslouchám...a nebo čtu...a chtěla bych to pak někomu jako říct...tak to mám problém.

Hm. Jo. Takže takhle jako něco říct znova.

Hm.

Dobře. Teď další taková oblast, co je, možná to s tím nák souvisí, je učení...se novým věcem, takže zase jak byste to teďko jako měla s tím učním?

No, to právě nevím, protože v podstatě jsem se teď celou dobu nic nového nemusela učit a neučila. Já jsem takovej případ (smích)...

A...takže neučila jakoby v té práci třeba, že jste nebyla, takže jste se neučila...

No. No, no, no.

A třeba něco jiného, co...na co byste narazila? Takhle jako v tom běžném životě, co byste třeba se musela naučit...nebo chtěla naučit...

Co jsem se teďko tak zkoušela naučit...?

Jestli něco takovýho bylo...

...(přemýšlí). No v podstatě (povzddech) musela jsem se asi znovu...nevím, jestli se tomu dá říct naučit, jako teďko co trávím poslední tři roky čas tak, že jako hodně hlídám dceři vnučku malou, takže jsem v podstatě jako znovu (smích) jsem se musela naučit se starat teda jako o dítě, že jo...o malý, takže jsem se musela naučit, nebo si zapamatovat prostě...to asi není nák zrovna to nejlepší, že jo?

Ne, to...

Ale tak asi jo, no. Prostě samozřejmě, tak je to asi velká zodpovědnost, jo, tak jako s ní, takže pak taky...Nebo prostě tak teďko taky musím jako všelijaký věci prostě zvládnout...nebo prostě když dcera nemůže, tak vlastně s ní dělat všechno tak, jako...to, co ona, takže prostě doprovázet jí na plavání, na cvičení...nevím odvádění do školky, ze školky, prostě takovýhle věci, ale to nemá asi souvislost s pamětí moc, že jo, takovýhle věci.

Hm, hm. Tak to nevím, jak to máte vy, no, jestli pro vás to má nákou souvislost s pamětí, nebo ne.

No tak samozřejmě nesmím na to zapomenout (smích). Asi tak, že jo.

Hm, hm.

Prostě si pamatovat samozřejmě taky tydlety věci...nebo si pamatovat...co ještě s ní tak všechno si musím zapamatovat...No samozřejmě jako všechno, že jo, co jí s sebou musím vzít, prostě takovýdle věci myslet...nebo když si jí беру na chalupu třeba, že jo, na prázdniny, tak všechno prostě...aby všechno měla...když jdeme na koupaliště, nezapomenout jí vzít všechno, co potřebuje, tak asi takovýhle věci, no. A v tomhle mám pocit, že jako je to v pohodě...Vlastně jak jsem říkala, to, co se týká těch povinností, to mně nedělá problém. To mám někdy pocit, že moje dcera je zapomnětlivější, teda jako jo? Když ona se s ní někam vypravuje, tak to je potom, já já jsem si nevzala...Tak na to jako asi zase já nezapomínám třeba žádný takovýhle věci.

Jo, jo.

Ale něco se učit, nevím, tak prostě jsme se...jsme...jsme na to konto, co se stalo, tak jsme potřebovali trochu změnu, tak jsme si koupili chalupu...že tam pracujeme, tak já nevím, tak jsem se taky musela naučit různé práce, který jsem dřív nedělala...a to jsou všechno jako práce, v podstatě práce jako takový, no. Ne jako že bych se něco učila, co se týká paměti, ale spíš se naučit práce, který jsem nedělala, že jo.

Jo, jo, jo. Takže jste se to učila spíš jako tím, že jste to dělala třeba, pochopila jsem to správně...

Hm, hm.

...a ne tím, že byste si přečetla třeba nákou příručku a učila se to z toho třeba...

No (smích)...podle příručky jsem to moc asi nedělala, no.

Jo, jo, jo. Nebo náký takový, že jo, učení, nevím nákej třeba cizí jazyk, nebo něco takovýho...nebo nákej zájem...

Cizí jazyk...No to taky...No to je právě to, co moc jako nedělám, no. Že spíš jako spíš ty manuální práce...co se týče třeba toho naučit, nebo prostě...že bych se právě učila něco takhle...tak občas jediný co, tak jsem...mmh...tak jsem začla zkoušet trošku sudoku luštit...a občas křížovku a to jako mně nedělá problém. Že bych třeba si, jako když jsem to třeba dělala dřív, že bych si třeba nevzpomněla na tý správný výrazy nebo náký...tak to jako ne, no.

Jo, jo.

Hm...Nebo když prostě jde o nákou jako matemat...v tom sudoku náký to myšlení prostě, tak to jako mám pocit, že docela...jako...na to přijdu (smích). Já si musím vzpomenout, že bych se teďkonc něco vyložene učila, že bych si přečetla náký návod a podle toho to dělala...To jsem prostě...to moc ne, no.

No a jak jste to teda s tím učením měla dřív zase...? Když byste to srovnala...To znamená před...

...S tím učením?

S tím učením.

No...To je myslím, že docela dobře!

Co jste se třeba...jestli můžete nákou konkrétní situaci uvést...

Nákou konkrétní. No...(přemýšlí). To je právě to čeho jsem se bála (smích). Že to bude všechno takový to...

Ono já vím, že je to někdy těžký...

Je to docela no...Jako ty konkrétní věci...No tak zase asi...Tak to já uvedu takovou věc, když jsem třeba...já nevím, jestli to bude zajímavý, nebo...když jsem třeba pletla svetry, že jo, tak jsem si musela zapamatovat vzorečky třeba! Jako podle kterých se to, nebo háčkování že jsem si třeba taky jako dřív, nebo vyšívání...že jsem se tím trošku zabývala. To se člověk taky musel v podstatě zpočátku to musel jako...četl, že jo, jak to, a pak už si to člověk třeba zapamatoval vlastně a...takhle, jo. Nebo nebo z těch zájmů, co ještě...Nebo spíš v té práci v podstatě, takže jsem si taky ty postupy v podstatě že jo jako u obsluhování těch...tak si to člověk taky zpočátku dělal podle nákýho návodu...no a pak už když si to člověk zapamatoval, tak už jako automaticky, nebo prostě takhle, no. No a nebo ještě teda z doby ze školy, tak to jsem samozřejmě, jako to jsem neměla nák problém jako s učením asi, no.

Hm, hm.

A ještě potom v práci, že jo, jako při tom, u těch počítačů...tak tenkrát ještě byly počítače jiný...teď už to je úplně jinak...Tak taky prostě jsme museli absolvovat různý náký, že jo, kurzy a školení... Takže to taky bylo vlastně učení. To si myslím, že mi nedělalo problémy...si to zapamatovat.

A vy jste dělala co za školu, jestli se můžu zeptat?

Školu?

No, no, no.

No střední ekonomku.

Jo, jo, jo...Tak pak je další oblast vlastně vůle...takže třeba v situacích, kdy se musíte do něčeho přinutit, do čeho se vám nechce...tak jak to teď máte s tou vůlí?

Vůle to je takový...Ale jo. Tak já myslím, že moc situací, jako kdy bych...eeh...se nepřinutila, není. Že spíš se asi přinutím do toho, co se mi nechce. No. I když se mi občas nechce prostě...Nevím, si třeba naplánuju jeden den, jako že někam vyrazím prostě, něco to...ráno se vzbudím s takovou blbější nákou náladou, že bych nejradši nikam, nejradši nikam nejela...chvilku nad tím přemýšlím, jak to vyřeším, jestli se z toho teda nák vyzuju, jestli se tomu vyhnu a nepojedu...ale většinou pak jo...tak se většinou donutím, no. A ono většinou je to i tak prostě, že když ráno někdy mám takovej pocit, že se mi nic nechce a pak se donutím teda k tomu někam...tak že mi to pomůže většinou. Takový to že jako odejdu z toho domova

a přeci jenom někdy jdou mezi ty lidi...tak většinou se pak vrátím taková nějaká trochu osvěženější. Že jako to někdy pomůže i. Ale jako...je fakt, že si myslím, že tu vůli mám. Myslím si, že to s ní nemám jako problémy, že bych jako vyloženě...se prostě nedokázala přinutit k něčemu, že se mi nechce. Jsou i práce, že jo, do který se člověku nechce, já nevím...prostě třeba na té chalupě...pořád práce, taky se člověku nechce...ale tak nakonec...Když se člověk už potom do té práce zabere, tak já nakonec jsem třeba ráda, no, že jsem se do toho pustila. Myslím si, že nemám problém. Jako že bych se hodně nějak nechávala věci plavat a to...tak to ne.

A zase když byste to srovnala třeba jak jste to měla dřív...před tím rokem vlastně 92, nebo jak jste to říkala...

Hm...(přemýšlí). To už je hrozně dlouhá doba. Ale jako mám pocit, že jsem s tím taky neměla jako problém...Já jsem zase člověk, který prostě...že mám ráda, jako, když ty věci prostě jsou hotový...když se to prostě nekupí...prostě nějaký nevyřešený problémy nebo neudělaná práce a takový věci...takže vždycky spíš jako...vždycky jsem se spíš snažila se jako donutit a prostě co bylo potřeba vyřešit, nebo prostě udělat no, jako nevyhejbat se tomu. A myslím si, že teďkom, že se to nějak jako markantně nezměnilo...Že bych teď nějak na tom byla hůř.

Hm. Takže je to tak nějak...pořád na stejno. A vlastně s tím jako nemáte...

Hm, hm. Ne, nemám pocit, že bych byla nějak ne...vyloženě neměla vůli něco prostě dělat nebo...

Tak další, co tu mám poznamenaný, je nějaká situace třeba rozhodování...kdy je potřeba třeba vybrat jednu z nějakých alternativ...takže jak jste na tom s tím rozhodováním teď?

No, to je možná trochu horší, to občas opravdu mám pocit, že nejsem schopná jako moc rozhodnout právě. To...to bych řekla, že je fakt jako horší, že jsem z toho někdy až jako z toho dostanu špatnou náladu, že nejsem schopná se jako rozhodnout. Teďko nějakou konkrétní situaci by to chtělo, že jo, já bych si teda ráda na něco vzpomněla...To vždycky vím, že začnu na manžela, tak řekni ty prostě, tak to vymysli teda, co budeme dělat, nebo jestli pojedeme, nebo nepojedeme...A prostě mám z toho pak...je fakt, že z toho pak mám prostě chvíli i takovej blběj pocit, že jsem se nedokázala jako rozhodnout, nebo když se pak nakonec nějak rozhodneme, jestli to bylo jako dobře to rozhodnutí. Přeci jenom ještě pak chvíli hlodá takový to „a neměli jsme to udělat spíš takhle?“ Jako v tom rozhodování, tam...mm...v tom nejsem moc silná teda. To je fakt, že...

A jaký třeba typ toho rozhodování vám dělá potíže? Jestli vůbec v tom vidíte nějaký...

A jaký jsou typy rozhodování?

No, ne, já jsem spíš myslela jako...já to nějak nemám jako dopředu určený, ale...Jestli třeba nějaký jakoby rozhodování, který vám ty problémy nečiní, kdy jako to zas tak těžký není se rozhodnout, nějaká oblast třeba a vlastně kde jako že to je horší. Nebo jestli to je prostě ve všem...

(přemýšlí). No já bych řekla, je to trochu divný, ale že mi nečiní...eeh...moc velký problémy rozhodování o zásadních věcech. Spíš o takovejch těch míň zásadních. Tak já uvedu příklad, jo? Třeba teď jsme v takový situaci, že musíme řešit jako bytovou otázku...no a vlastně...už nejsme nejmladší a tohle to a máme jsme teda v bytě jako nájemní. Teď teda ten náš...jak se mu říká...nájemce má takovej nátlak, že prostě ten byt máme v kterým bydlíme třicet let koupit prostě za nějakou cenu...panelákové byt, chce 1,8 miliónů mimo Prahu, je to hodně...nebo že prostě bude to uvolněný nájemný, tak já nevím to už jsou...No a my vlastníme vlastně tam, co bydlíme, jako takovou zahradu, která může bejt stavební pozemek. A nebyli jsme doteďka schopný, nebo prostě nás nic nenutilo, netlačilo to řešit. A i když jsme vždycky toužili tam mít domeček. Teď přišla tahle situace a v podstatě jsme byli okamžitě s manželem rozhodnutý, že když to půjde jako, tak že kus toho pozemku prostě prodáme a než abysme kupovali ten byt, tak že si ještě teďkom postavíme domeček. Takže to teď momentálně řešíme a myslím, že v tom jsme se rozhodli oba dva stejně a že z toho rozhodnutí nejsem teď nějaká špatná, jestli jsme se rozhodli...A nebo v době, kdy prostě jsme chtěli koupit v podstatě třeba auto, jo. A neměli jsme na něj peníze a museli jsme to řešit jako leasingem, jo. Tak to jsme taky byli rozhodutý jako v podstatě...

(Jsme vyrušeny v místnosti, kde se má konat jiný pohovor, musíme se tedy přesunout jinam. Paní Barbora slibuje, že si bude pamatovat, kde skončila.)

Tak můžete povídat dál, jestli si vzpomínáte teda, kde jsme skončili...

No že spíš jako...je to divný, ale že spíš takový zásadní rozhodování mi nedělaj problémy, ať to bylo v tý době, kdy jsme se rozhodovali jako koupit chalupu, nebo...to taky jako netrvalo dlouho to rozhodování, nebo třeba s tou koupí auta a s tím, že se bude muset splácet leasing, tak to jsme taky spočítali a hned jsme se rozhodli jako, nebo jsem se taky rozhodla, že jo, prostě s tím stavěním teďko...ale spíš takový jako ty...každodenní takový to rozhodování spíš to každodenní, nebo prostě takový to jako...eeh...nevím. Se blíží víkend prostě, čemu dát přednost, jestli teda jet na chalupu, nebo zůstat doma, protože tady máme taky náhou práci, nebo že bysme mohli s vnučkou někam jít a nebo jestli spíš jet tam...Takže spíš takovýdle rozhodování nebo prostě i...jestli jít na návštěvu, nebo nejít na návštěvu...Prostě spíš takovýdle jako to...A z toho mám i takovej jako pocit psychikej takovej, když pak někdy nejsem schopná to rozhodnout, no, co by bylo lepší. A vždycky právě to nechám na manželovi. Říkám tak ne, já to nerozhodnu, tak rozhodni ty, co budeme dělat.

Jo, jo, jo. A bylo tohleto teda jiný zase v tý...eeh...v tom období...nebo stejný nebo...

No, já si myslím, že...já si myslím, že prostě dřív určitě jako...takový to zásadní rozhodování asi dřív nebylo tak rychlý prostě. Já mám pocit, že teďkom spíš jakoby v tom zásadním rozhodování...jako to mi nedělá problémy. Že možná předtím teda jako...člověk asi jsem byla náká opatrnější. Že teď mám pocit, že jakože...jo?

Jo. V těch zásadních věcech, že se rozhodnete...

...Rychlejc no.

Rychlejc.

Že dřív jsem byla jako taková opatrnější. Možná že to je všechno daný tím, že tenkrát člověk...v podstatě třeba děti byly malé, že jo, a to, takže šlo i o náhou jejich prostě zajištění, že jo, aby...tak asi teď jak...že už prostě samy, tak už se rozhodujeme v těchle zásadních věcech možná rychlejc no. Nebo já nevím, čím to je. Možná, že člověk byl opatrnější, dokad ty děti jako byly závislý, že jo, na nás, tak prostě člověk spíš se bál udělat náký zásadní rozhodnutí. Tak si to vysvětluju možná no.

Jo, jo, jo. A v těch míň zásadních věcech?

Noo...To si zas myslím, že je horší teď. Že dřív jsem se asi právě rozhodovala...prostě že asi jak teďkom přecijenom ta psychika je horší, tak to je takový to, že dřív asi prostě...že dřív to bylo jako zas asi lepší no, to rozhodování. Prostě se rozhodnout o nákým programu na víkend, nebo...tak to že prostě asi...že asi nedělalo mi takový problémy.

Hm, takže se to takhle prohodilo...

Takhle prohodilo, ano! Jako když nad tím přemejšlim, tak z toho mám takovej pocit.

A napadá vás teda čím se to stalo tohleto? Kde byl nákej ten...

No...no napadá v podstatě, protože asi takovým tím...jak jsem říkala prostě, že...předtím to rozhodování o těch zásadních věcech, že asi jsem měla náhou větší zodpovědnost, jo prostě asi i za ty děti, že byly malé a hodně si myslím, že to je tím, je to hrozný, prostě tím, co se stalo i s tím jako synem našim, protože já jsem si v ten moment prostě řekla, že se mně už nemůže v životě nic horšího stát, než se mi stalo, a přestala jsem se jakoby asi bát. Jako jo, z toho fakt mám takovej pocit, jo.

Jo, jo, jo.

Opravdu ale jako! Protože jsem si řekla, už se nemůže prostě nic horšího stát, jako...proto prostě odezněla i ta jakoby ta panická porucha, úplně! Protože jsme si...je to, já to vždycky každému říkám, je to paradoxní, že tím, že se tohleto stalo, tak že mně to vlastně vyléčilo z toho jako...z tý nemoci mý. Protože jsem si vlastně řekla co blbnu, proč blbnu, proč se bojím jet někam tramvají, nebo vlízt do metra, že vlastně vůbec se mi nemůže prostě, co se děje, a že i kdyby se mi vlastně něco stalo, tak že vlastně je mi to jedno už, protože už se mi nic horšího...už mě to nejhorší potkalo a vlastně i když tam teda někde dostanu infarkt v tom metru, tak že vlastně už mi to je fuk, protože mně už na tom životě mým tak nezáleží.

Tomu rozumím, no.

Asi tak to je.

Tak poslední takovou oblast, kterou tady mám, je pozornost a soustředění...

...No to bude asi taky horší.

Takže zase, jak jste na tom teďko s tou pozorností a soustředěním?

No určitě hůř. To určitě vim, no.

A jak to poznáte?

Jak to poznám? No...právě si myslím, že to souvisí s tím, co jsem říkala s tou pamětí...Jakože třeba prostě něco...že si myslím prostě, že...mhh...to poslouchám třeba ty zprávy nebo nějaký pořad v té televizi, jako vim, že se na to dívám, že to slyším všechno...ale jakoby se mi to neuloží, všechno, co bych potřebovala.

Hm, hm.

Jo? Jakoby...asi právě ta pozornost není taková prostě, že to nedokážu, všechny ty informace jakoby uložit, takže pak to nedokážu ani zase znovu reprodukovat...nebo tak.

Jo, jo.

Takže si myslím, že to je ta poz...jakoby přecijenom to...já nevím.

A když se na to třeba díváte, tak...ehh...stává se vám...jako vnímáte to pořád, celou tu dobu třeba ten pořad?

No mám pocit, že jo! Jako zase...nemám právě pocit...ono to právě bude spíš tou pamětí asi, ne tou pozorností. Jo, jakože bych ztrácela pozornost, že bych se přistihla, že se na to dívám a myslím na něco jiného, to ne, to nemám, to ne. To se nepřistihnu takhle při tom. To spíš bude tou pamětí, spíš to bude tím, že to jako slyším, vidím, ale asi se to neuloží něk (smích).

Jo, jo, jo. Takže v tu chvíli udržíte tu pozornost...

No to jo asi. Hm, hm.

Ale pak se to neuloží.

Jo, to myslím si, že tu pozornost, s tím problémy asi nemám, že jí udržím. Že i když mě někdo něco prostě vypráví, povídáme si...nebo hlavně teda, hlavně co teda jako musím udržet pozornost samozřejmě jako naplno, když hlídám že jo tu tříletou vnučku. Co jako prostě když jsme venku nebo někde, to jako nemůžu vypnout. Ani na chvíli, protože to by okamžitě mohl bejt nějaký malér, že jo. To teda jako musím no. Takže to asi se snažím no...

Ještě třeba v nějakých jiných situacích takhle si vzpomenete, kdy jako se projeví to, že...

...jako s udržení pozornosti? No...no tak vlastně já jsem teď dospěla k tomu, že to zas není asi tak špatný, že spíš se, že to co jsem říkala se spíš příkládá té paměti. Takže s tou pozorností...(přemýšlí). Tak ne, tak s tím asi tak velký problém není! I když se dívám na něco, tak se mi to nestává, že by sem se přistihla asi, že jsem někde jinde, nebo že jsem prostě...tak to asi ne.

Nebo když se třeba snažíte jako na něco soustředit, je to takový to...jakoby v rámci nějakého učení třeba. Vy jste vlastně říkala, že teď těch situací tolik nemáte...

Právě no.

Ale takový to, když se musíte jako snažit udržet tu pozornost. To znamená není to třeba nějaký pořad v televizi, který vás baví, ale je to něco, kdy víte, že se musíte na to soustředit...

Hm, hm, hm. Že se musím na to soustředit...(přemýšlí). To znamená při nějaký práci třeba, že jo?

Třeba no. Třeba. No...třeba při nějaký práci...

Je fakt, že se mně...že se mně stalo teď poslední dobou, že jsem třeba (smích) při vaření použila místo soli cukr. Tak to je možná taky, že člověk zrovna teda jako není moc...zrovna prostě myslí na něco jiného, ale šáhne po nějaký jiný úplně pixle. Takže tohle možná jako...No, nebo fakt že člověk prostě udělá nějakou hloupost, jako že dá nějakou věc někam, kam vůbec nepatří...nebo takový věci možná, že jo? To zrovna asi člověk není moc pozornej.

Hm. A teď zase když byste...eeh...to srovnala s tím obdobím před tou, před tou vlastně depresí?

(povzdech)...To je (smích)...to jsou záludné otázky. Tak já myslím, že horší to nebylo určitě. Buď to bylo stejné, nebo to bylo lepší. Možná, že teď se mi stává, že se mi teď jako stane častěji takový něco, že třeba něco pozapomenu. Jako ono se to strašně...víte co, já až odsud budu odcházet, tak si vzpomenu na deset případů, kdy jsem tu pozornost (smích) možná zrovna neměla, jo, a teď to nemůžu...

Hm.

No je fakt, že se mi stává teďkom v té době věci, který se mi dřív nestávaly. Zrovna tady jsem jednou jsem šla k paní doktorce, zaparkovala jsem tam auto v ulici a když jsem přecházela přes silnici, tak jsem zjistila, že se mi rozjelo, že nemělo zataženou ruční brzdu. Jo to jsou asi takové věci, že člověk teda zrovna jako...nebo že sáhne po něčem jiným...No. A myslím si, jako že předtím to bylo asi lepší, no. Že přeci jen teďkom...jsem říkala takhle kamarádům nebo to...když občas si z toho dělám legraci, jako co se mi stalo, jo, tak že možná těch případů je víc, no. Takovejch jako kdy...něco provedu.

Jo.

(smích). Takovýho.

Jo ještě se zeptám na jednu věc a to je nějaké psychomotorické tempo, což znamená vlastně tempo jako rychlost třeba reakcí...jednak teda těch tělesných třeba, když musíte rychle na něco zareagovat, ale i jako těch duševních, to znamená, když třeba rychle...něčeho si všimnout nebo tak...jo, něco zaznamenat...jak jste na tom zas teď a jak jste na tom byla?

Když to se strašně těžko...

No zkuste říct, co vás k tomu napadne...

...co mě k tomu napadne? Jako...jak jste to říkala? Reakce?

Reakce jako motorický jednak, to znamená pohybový vlastně, že jo...

Jasně. Prostě když mně padá hrneček, jestli jsem schopná ho zachytit jako, jak někdy člověk nechápe, jak to mohl stačit...

Tak. No, no, no.

...že to ještě chytil těsně nad zemí, že jo.

Třeba no. Ale cokoliv. Jestli vnímáte, že jste spíš takový ten typ pomalejší, rozvážnější třeba a nebo spíš takový ten rychlejší...jak to jako máte.

Určitě...eeh...určitě...určitě jsem asi typ rychlejší (smích), až zbrklá někdy, to jako jo...To určitě prostě, protože...Někdy rychle něco udělám, aniž bych nad tím přemýšlela teda. To je fakt. Jestli to teda do té oblasti spadá.

No asi taky no...

A ty reakce...No...já si myslím, že...že nemám je nějak zpomalený ty reakce, jako co se týče těch fyzických nebo...To asi ne. A...to si myslím, že zůstalo tak stejné. Že to je tak nastejno. Že se to nějak nezměnilo. Ale možná ty...jak jste říkala teda to vnímání, nebo jak jste to říkala...

No takový to...třeba jak rychle si něčeho všimnete.

...Všimnete.

Jako vnímání vlastně a...

No...něčeho všimnu...ale čeho třeba? (smích). Eeh...že se něco děje, nebo že...

Já vám to nechci jako moc omezovat, zase abych vám nezažala nějakou konkrétní věc...

Já vim, že nechcete, já vim! Ale možná já bych potřebovala možná trošku nahodit (smích).

Jo, jo, jo. No tak můžu vám třeba nějaký příklady jako já nevím...třeba z provozu, že jo, řekneme když jezdíte autem...

No, jako jezdím autem, no.

Třeba jak rychle si všimnete, že je třeba...červená, nebo...

Jo, jasně, jasně. Hm, hm...Tak já si myslím, že to nemám nějak zpomalený ty reakce. To by se mi už asi něco stalo, kdybych měla...Já myslím, že ne...že docela reaguju, jako když přede mnou někdo brzdí...nebo to...Jako při tom řízení mi to určitě nedělá problém, že bych měla zpomalený reakce, to určitě ne...A

když to vemem ještě někde jinde...já nevím, tak já to zase vezmu...protože já nic jinýho nedělám, než že hlídám to dítě, takže tohleto musím reagovat rychle, že jo. Když ona někde mně vyleze nahoru, že jo, tak musím rychle běžet teda...Takže si myslím, že to nemám určitě zpomalený.

Jo. Jo, jo.

Tak to je můj názor na sebe teda. Třeba kdyby mě viděl někdo jinej, tak by si myslel, že jo, ale já mám pocit, že ne.

Hm. Tak já se zajímám právě o ten váš názor...

Jasně. Já si sama o sobě myslím, že ne.

Dobře. Tak teď bych ještě s vámi rychle projela, jenom abych vás moc nezdržovala, takový škály...si teďko jako představte, jo, od nula do deseti...A teďko nula je okamžik...nejdřív to vezmem na tu depresi jako takovou...nula je okamžik, kdy to bylo nejhorší, nebo kdy by to bylo úplně nejhorší...to si můžete představit...a desítka, kdy už jste úplně v pořádku, všechno jako dřív vlastně. Tak kde byste byla teďko, na té škále?

Aha! Kde bych byla teďka...(přemýšlí). Ono to je...jako já bych asi věděla, prostě podle toho, jak se cejtím. Ale teď já prostě nevím...Já to trošku ještě...můžu k tomu něco?

Můžete no.

Teď já prostě nevím, protože jsem vlastně ještě nezkusila jako...nebo prostě jsem ještě neměla odvahu nebo jsem nezkusila prostě začít žít normálně jako v tom, že bych teda začla chodit do práce, jo. I když už teda občas se k tomu jako chystám. Ale nevím, když by sem to zkusila, jak bych se cejtěla, jo. Já někdy prostě, já někdy mám pocit, že bych to už potřebovala a když si to tak jako představím, jak by to asi bylo, kde by to bylo...tak z toho jako mám dobrou pocit...někdy z toho jako mám blběj pocit. Jo někdy...přeci jenom ještě mám pocit, tak bych tam třeba nevydržela a...prostě by mi tam nebylo dobře asi psychicky...Takže tohleto nevím. Ale jinak když to mám vzít jako...Tak já bych to...když mně bylo nejhůř jako na nule, jo? No tak to sem...já bych to tak dala...na sedmičku?

Hm. A nejhůř teda tu nulu...myslíte, že už taky jako to bylo někdy...?

Jo ta nula? Že by bylo nejhůř? No určitě! Hm, určitě.

Dobře. Tak teď zase stejnou škálu a teď nula by byla...vezmem to na tu paměť...chvíle, kdy by ta paměť vůbec nefungovala...a desítka zase naopak, že byste měla paměť úplně bez problémů, úplně tak, jak byste si jako nejlíp představovala...

Hm, hm.

...Tak kde byste byla teď? A kde jste byla třeba před tou depresí, řekněme.

Kde jsem byla před tou depresí?

Hm. A kde byste byla teď.

Jasně. Když si představím prostě, že bych měla pocit, že mám tu paměť úplně jako skvělou, jo? Předtím bych to viděla tak...(smích) na osmičku. A teď bych to viděla tak na pětce.

Jo, takže takový je tam nějak rozdíl.

Hm, určitě!

A zase stejně ta míra na to učení...Kdy zase nula by byla teda, že byste se vůbec nedokázala nic naučit nového...

To právě asi hodně souvisí s tím pocitem právě, že teďkom ta paměť jako při tom poslouchání nebo čtení něčeho jako mám pocit, že se mi to neukládá moc, že jo. Takže to bude asi velký rozdíl, si myslím. Takže jako předtím...když jsem se něco učila, no určitě jsem nebyla nikdy takovej fenomén, které si to, co si přečtě, si pamatuje, to ne. To bych zase byla tak na tu osmičku...No, teď teda docela problém, si myslím. No...to možná tak tu čtyřku. Nevím, možná trojku! Já to nedokážu přesně posoudit...Jako dost nízko teda. No možná se podceňuju, možná třeba až přijdu někam do nějakýho zaměstnání a tam se budu muset něco naučit, tak třeba poznám, že to pujde. To je právě to, co říkám, že nevím, že jsem to ještě vlastně nevyzkoušela.

Nemáte teďko ty možnosti.

No, no.

Tak teď ta vůle...Zase u té vůle, kdy byste měla nulu, kdy teda byste se vůbec nedokázala přinutit k ničemu...a desítka zase úplně jako bez problémů...

Zase předtím a teď, jo? (smích)

No, no, no. (smích) Já nevím, že jo, může to být stejné...

Může to být stejný, jasně, jasně.

Teď jde o to, jak vy to vnímáte.

To si myslím, že právě tam není moc rozdíl. Jako někdy samozřejmě na té desítce asi člověk...asi je málokdo, že jo. Ale zase bych to tipovala určitě v té druhý půlce, takže já nevím...prostě na tu sedmičku předtím i teď?

Hm, hm. Takže to ňák jako...

To si myslím, že je stejný, ta vůle.

Tak, potom máme to rozhodování...Takže zase jako nula by byla, kdy byste se vůbec nedokázala rozhodnout...v ničem...a desítka, kdy jako úplně teda bez problémů.

Tak ono to rozhodování, jak jsem říkala, že jo, já jsem si ho rozdělila na ty dvě oblasti vlastně...na to zásadní a na to...

Hm, to je pravda. Tak to rozdělte, tak to klidně rozdělte.

Jo, můžu? Tak to zásadní, to bylo všechno horší, jsem říkala, že jo, takže to bylo tak možná...já nevím...na pětce...no a teď je určitě tak na osmičce.

Hm, hm.

A takový to běžný...tak to bylo předtím...tak to bych tak prohodila. Používám pořád stejný čísla, že jo?

Tak ony ty čísla jsou takový jenom asi přibližný, protože je mi jasný, že se to nedá...

Jasně. Tak předtím v těch běžnejch věcech to bylo tak ta osmička. No teď je to horší, teď je to možná tak ta čtyřka.

Hm, hm. Dobře. A poslední, co mám, je teda ta pozornost, jak jsme o ní mluvily...Takže zase...nula by byla, kdy vůbec teda byste se nedokázala na nic vlastně soustředit a desítka kdy jako úplně bez problémů.

Hm. Tak to jsem zase říkala, že se to moc nezměnilo, že jo, že nemám pocit, že bych měla tu pozornost...Takže já si myslím, že to je tak stejný. Možná, že předtím to...možná, že předtím...já nevím. Jako může se někdo ohodnotit desítkou? Ale to mně přijde, to už je hodně jako...

No klidně můžete!

Tak já si dám devítku...předtím...a teď se to moc nezhoršilo, tak si dám osmičku. To mám pocit, že teda tu pozornost neztrácím teda. Určitě ne, určitě ne. Prostě takový to, že by na mě někdo mluvil a já bych prostě jako se ptala, co jsi říkal a byla mimo, to teda jako ne...určitě ne.

Dobře. Poslední teda dvě otázky. Jedna věc je, jestli třeba máte někoho hodně blízkého, kdo vás zná celou tu dobu i jako před tou depresí a i teď a jestli ten člověk třeba pozoroval u vás nějaké změny, čistě hypoteticky se ptám teďko, hlavně teda v oblasti těch kognitivních funkcí. To znamená, co jsme o nich teďko mluvili. Jestli si vzpomenete...

Že by mě někdo na to upozornil?

Že by vás na to někdy někdo upozorňoval.

...(přemýšlí).

Ať tak, či onak, že jo, že to může být i lepší...

Já vím. No já si myslím, že ne. Tak jako nejbližší lidi, tak to vezmu manžela, dceru asi, rodiče teda ještě mám, ale že by mi někdo říkal, ty si nic nepamatuješ, tak to ne, to mě na to nikdo neupozorňoval. Takový to spíš...To ne...Určitě mě na to nikdy nikdo neupozorňoval.

Dobře. Tak to by tedy bylo všechno.

Já právě mám pocit, že nejsem ten správný typ na tenhle výzkum. Neumím to sama u sebe rozpoznat.

Jitka

Na úvod volné povídání o depresi vyvolané otázkou, zda by respondentka mohla říci něco o tom, jak probíhala její depresivní epizoda.

Dobře, tak já bych se vás začala ptát na ty jednotlivý funkce...

Můžete.

První teda, co se chci zeptat, je paměť. To znamená jak vám teď aktuálně nebo poslední dobou funguje paměť podle vašeho názoru...

No já si myslím, že docela dobře, ale je pravda...někdy si nemůžu vybavit jméno nebo prostě si hned nevzpomenu...já nevím...přines mi a teď třeba bych řekla nitě...a teď si nevzpomenu. No přines mi...no nitě, ne? Nebo jako třeba některý slovo. Ale to jsem zjistila, že třeba mezi kolegyněma, že to je úplně normální, že si nemůžou taky vzpomenout. Takže nemyslím si, že bych v týhle oblasti, že bych byla nějak handicapovaná kvůli té depresi. Myslím si, že mi paměť slouží úměrně mému věku.

Hm, hm. Ještě třeba zkuste náhou další situaci, na který zase to poznáte, že to teda nák...

No třeba mi vypadnou úplně některý události, který potom když o něčem přemejšlim úplně jiným, tak najednou mi vyplavou, jo...Ale...ale jinak bych si na ně asi nevzpomněla vůbec...nebo jo? Kdyby se mě někdo ptal, já nevím, třeba pamatuješ si tenkrát jak jsme byli já nevím v kině, jo? A já...vůbec bych si na to nevzpomněla. Úplně jako kdyby ta oblast, nebo ten úsek jako kdyby zmizel. Jo? Ty minulý...řekla bych v té střednědobý paměti třeba, jo. Ale potom když třeba...eeh...si vzpomenu na ten film, tak si to uvědomím, že ano, že vlastně tenkrát jsem v tom kině byla. Takhle. No.

Hm. Jo. A co třeba v práci...v tom profesním životě?

Tam mi to nevadí. Vůbec. Naopak mně připadá, že ta práce mě prostě jako...eeh...udržuje v nějakém stavu, že se musím pořád učit nové věci...a že...pořád opravdu se učím něco nového. Takže tam mi ta...Ne, tam nepozoruju...

Jo, jo, jo.

...takovýchle výpadky, že by byly.

Jak to teda vypadalo třeba, jestli si vzpomenet...eeh...před tou, před tou depresí ještě...ňák v té době?

Hm. Já abych vám pravdu řekla, jsem o tom vůbec nepřemejšlela. Vůbec mě nenapadlo prostě...o sobě nějak takhle hloubat, pokud jde třeba o paměť, že třeba si nepamatuju...A hlavně už je to teda deset let, tak vůbec neuvědomuju si, že bych předtím měla nějak takovejhle handicap s pamětí.

Hm.

Nevím.

Tak to asi taky o něčem svědčí, že jo, že jste o tom vůbec nepřemejšlela...

Ne, vůbec mě nenapadlo! Ba naopak já jsem si vždycky zakládala na tom, že...že jsem na tom dobře. Jako psychicky i...i jako pokud jde třeba o inteligenci...nebo jako takovýchle rozumový schopnosti nebo tak no.

Hm, hm. Jak jste třeba tohle hodnotila, na základě čeho, že jste na tom dobře?

No, já jsem třeba taky dělala...konkurz ne, to byly takový jako výběrový řízení. A tam byly testy a to byly...Chtěla jsem nastoupit do banky prostě, jsem si říkala změna je život, takže i to, jsem si říkala, svědčí o tom, že jsem byla energická a tak. Takže jsem si říkala změna je život, zkusím to v té bance, protože se u nás otevírala nová pobočka, tak jsem se přihlásila...No a tak tam teda nás proklepli testama, který jsme opravdu dělali...já nevím, celý to dopoledne, jo? To bylo, já jsem byla úplně splavená, úplně...Tak jako opravdu to byly testy, že vám dali zabrat, jo. No a potom mi říkal ten...Byla jsem teda kupodivu vybraná, z asi já nevím dost lidí a on mi i řekl, že jako ty testy tam, že jsem měla nadprůměrný, že to bylo jako...že jsem byli asi tři prostě, který měli ty testy takhle dobrý, jo. Takže to mi docela udělalo tak dobře (smích), že jsem byla ráda. No tak jsem do té banky teda jsem nastoupila, ale po třech měsících jsem se vrátila do státní správy, protože jsem zjistila, že teda banka pro mě fakt není! Že nejsem typ,

kteřej by prostě ty klienty jako...nevím no. No prostě mi to vadilo, ten přístup klientskej mně vadí prostě. Jednám s lidma vždycky tak na rovinu a nikomu žádnýmu gaunerovi prostě pochlebovat nebudu, to není moje povaha. No, takže takhle.

A na co to byly testy, jestli se můžu zeptat?

To byly testy...oni říkaj pokud jde o...jako pravdomluvnost...a co tam ještě...jako třeba tam byla otázka: Pokud byste měla přítele a měla byste mu pomoci, dáte mu za peníze, práci...jo a takovýhle...Tak samozřejmě že já práci, že jo. A pak tu samou, tu samou vlastně dejme tomu situaci nebo otázku měli ještě ve třech variantách a oni porovnávali, jestli jste opravdu odpovídala správně...stejně na všechny ty tři...Já nevím jaký to byly testy. Ale bylo tam i třeba ty...jak bejvaj někdy takový ty...laický testy inteligence, co zveřejňujou, třeba v Mladý frontě to bylo nedávno a tak. Tak ty tam byly taky. Takovýhle jako...že je třeba pět čísel a teď vybrat množinu takovou a makovou a takovýdle. No.

Jo, jo, jo. Takže i na ty matematický...

I na ty matematický a na...

...schopnosti.

No schopnosti a na obrazce a takovýhle věci, no.

Dobře, takže to je k té paměti...Ještě vás něco třeba napadá?

Mmh...asi ne.

Ještě třeba něco vyplyne. Teďko další takovou oblast, co tu mám, je učení. To jste už trošičku vlastně zmínila, takže zase jak teď aktuálně to máte s tím učením, to znamená nák v situaci, kdy se musíte něco učit nového...

No tak to co potřebuju opravdu třeba k práci, co budu...co používám běžně potom, tak to se učím jednoduše. Ale zjistila jsem, že třeba kdybych se měla učit jazyk, tak vzhledem i k mému věku prostě už to nejde. Už to není tak jako...takže já třeba angličtinu trochu, nebo měla jsem jí na ekonomce, že jo, tak průběžně člověk tak běžně potřeboval...ale nový věci i v tý angličtině se učím dost jako...musím vyvinout větší úsilí.

Hm, hm. A co třeba vám teda dělá potíže, když musíte vyvinout větší úsilí?

No tak třeba si zapamatovat vůbec slovíčka, nebo...ty...eeh...spojení slovní, nebo takovýhle věci no.

Takže spíš ve spojení s tou pamětí tady?

No možná že jo, s tím učením jo. S tím učením určitě, no. No...nevím no, jak bych to...Možná proto, že jako v tý práci prostě musím, jo? Musím a hlavně potom věci, který se naučím, tak používám v praxi a tím si je vlastně jako zapamatovávám, jo. Kdyžto ty slovíčka, pokud bych si je neopakovala třeba pořád, tak asi se to neto...nenaučím. Hm.

Jo, jo. To jsem se právě chtěla zeptat, proč to třeba v té práci, když jste říkala, že vám v práci to učení jde, tak jaké konkrétní třeba situace, ve kterých vám to jde...

No tak já pracuju na finančním úřadě, takže neboli třeba na daně z příjmu tam jsou neustále novely zákonů, že jo. Takže já ty novely...ten základní zákon samozřejmě ten platí já nevím od roku devadesát dva, takže se...a od té doby taky tam pracuju, takže dlouhodobě, takže...no ale pořád se vlastně obnovuje a pořád jsou nové věci a to v tom problém není. Nehledě na to, že pracuju na počítači a tam i to počítačové vybavení, to se mění taky pořád...a i programy počítačový a tohleto všechno, že jo. Takže tam je jako nutný se prostě pořád učit. No.

A to se učíte jako nák samostudiem, že si něco třeba někde nastudujete, a nebo máte nějaká školení?

Máme pokyny i máme školení k tomu i prostě si člověk musí vzít zákon a k tomu, co vyšlo...a i sám si to teda do té hlavy dostat, no.

Hm, hm. Takže všechno tak nák.

Hm.

Teď s tím učením zase jestli si vzpomenete zase, jak to bylo před tou depresí...nebo dříve.

Hm, hm. Nemyslim si, že jsem měla problémy i třeba s tím jazykem. Nemyslim...no.

Takže tam, jestli to teda dobře chápu, tak tam byl rozdíl náký v tom jazyku. Jakoby. Oproti tomu, jak je to teď.

Hm, určitě! Určitě. Ale víte co, ono je to opravdu ošidný, protože zase jak vám říkám, je to deset let. A ten mozek prostě stárne. To jako deprese nedeprese, to prostě nezměníte, že jo...

Hm, hm, hm. Rozumim. Takže spíš to jako přičítáte...

No možná to přičítám ano tomu věku. No, ty buňky šedý (smích) ubejvají.

To celkem v tomhle, zrovna mně teď běží hlavou, se shodujete...tak jakoby už jsem to slyšela víckrát...

Hm, hm.

Tak další oblast je...vůle. Nebo prostě v situaci, kdy se musíte do něčeho třeba přinutit, nebo tak, zase jak byste to měla teďko s tou vůlí?

Hm...(přemýšlí). Myslíte jako obecně...jako třeba k práci, nebo k čemukoliv, jo?

Třeba no. K čemukoliv, v takových těch situacích, kdy je prostě trošičku potřeba se jako do toho přinutit. Použít tu vůli vlastně.

Hm. Já bych řekla, že na tom jsem pořád stejně. Prostě věci, který děláte ráda, tak dělám hned a věci, který nerada, tak se...vždycky jsem se snažila je odložit nějak, nebo prostě se tomu vyhnout, a pak máte výčitky kvůli tomu, že to neuděláte včas. Ale neřekla bych, že je nákej rozdíl před tou depresí a potom. V tomhleto. To ne.

A jak to teda máte? Když není rozdíl, ale...když se potřebujete třeba do něčeho přinutit, do čeho se vám nechce...tak jak to vypadá potom?

No, nechávám to teda....dost a pak už teda když už to je, tak to musím prostě. Čili...na poslední chvíli bych asi řekla, nebo prostě když už vidím, že prostě se nedá nic dělat. Tak prostě jdu a udělám. Hm.

Je náká třeba situace, na který to můžete jako ilustrovat?

...(přemýšlí). No...tak třeba...počkejte...Neuvědomim si teď zrovna. Neuvědomim si zrovna, co dělám...ono takovejch věcí zrovna až tak moc není jako, ale...

Nebo i z dřívějšíka třeba něco...

Hm...Ne, fakt si teďko neuvědomim.

Nevadí. Tak další oblast, která teďko...je rozhodování. Takže to znamená, když se dostanete zase do situace, kdy je potřeba se třeba nák složitěji rozhodnout... Tak jak byste to měla teď s tím rozhodováním?

No to bych taky řekla, že ani tak možná nesouvisí s tou depresí, jako s věkem. Že já jsem hodně jednala dřív impulsivně. Opravdu jsem jako nepřemýšlela, to co mě napadlo, že to tak má bejt, tak jsem šla a udělala. Kdyžto teď se...bych řekla, že se...šla bych a udělala intuitivně, impulsivně, ale teď třeba chvíli ještě si říkám: „Tak počkej...“ jo? Se zarazím, přemyslím a pak teprve teda buďto jdu a nebo nejdu. Už nejsem prostě že bych...eeh...se rozhodovala takhle impulsivně. No ale je pravda, že někdy mám problém se rozhodnout mezi třeba dvěma eventualitama. Že...vidím třeba, že obě jsou dobrý a někdy tam ten problém je prostě se rozhodnout, jo. Že to někdy je otázka třeba že si hodím korunou, nebo prostě...Že nevím.

Jo, jo. I takhle používáte takový jakoby...

Někdy tohleto, no. Protože...nevím. Někdy člověk fakt neví, co je dobře a co je špatně, ale zase to je normální, že jo, v životě.

A...napadá vás zase třeba náká konkrétní situace, kdy jste se třeba takhle složitěji rozhodovala?

No tak víte co, většinou v těch závažnejch situacích, tam člověk ví...nebo že jo rozumově si vysvětlí proč tohleto a to...Tam spíš jde o to se rozhodnout, já nevím...jít plavat a nebo nejít plavat, jo. Takže, takže tam spíš by to bylo o tom hození korunou, jo, tak jdeme teda. Tak zůstanem doma.

V takovejch těch mň...

V takových těch mňh závažnejch věcech, no. V těch závažnejch věcech, tam si myslím, že ten problém nemám.

A dříve třeba? Vy jste řikala, že tam trošičku...

Dříve tam byla opravdu ta impulsivita...prostě...no. Prostě hrr, no. Ale to opravdu asi s tou...to nesouvisí s tou depresí, to souvisí s tím založením člověka no...hrozně. No potom...k rozumu, by se dalo říct nebo tak nějak.

Jo, jo, jo. Takže myslíte, že za těch deset let, nebo tak nějak, jste se spíš posunula jako...

No, no, no. Jsem se uklidnila a nevyletím, tak jak dřív. A tyhle věci jsou...mám víc pod kontrolou. Nebo možná i ta deprese mi k tomuhle pomohla, že...eeh...to třeba by byl docela dobrý příklad, jestli to, protože já dřív, když někdo by mi řekl, prosím tě poď mi s tímhle pomoci, nebo prosím tě potřebuju tohleto...tak okamžitě, vůbec jsem nepřemejšlela a hned jdu a hned jo. A teďko si říkám...a...a nemusím. A naučila jsem se i říct prostě ne. Nezlob se, ale nemůžu, nemám čas, nejde to, jo. Takže v tomhleto si myslím, že svým způsobem mi ta deprese pomohla. Že už nejsem prostě...ta, na kterou je vždycky spolehnutí, že teda opravdu to udělá, protože jsem zjistila, že spousta lidí toho využívala.

Hm, hm, hm. Jo. Takže v určitém aspektu je to teďka spíš jako lepší...

Jako plus. Tohleto bych hodnotila jako plus, v tom mi to pomohlo, no.

Tak...další oblast, kterou mám, je pozornost, soustředění. Takže zase jako řekneme v nějakých situacích, kdy je potřeba se soustředit, je potřeba udržet pozornost, nebo obecně jak se vám teďko jako daří držet tu pozornost...

Hm. Daří, já bych řekla normálně, protože to jsem si třeba taky uvědomovala...když jsem vlastně byla v té depresi na tom začátku, tak já jsem si třeba uvědomovala, že jsme měli nějaký školení, nebo něco a já jsem vůbec nebyla schopná tam ani vydržet, nebo se soustředit, jo? To bylo úplně hrozný. Což teďko teda problém žádnéj takovejhle nemám. Že prostě bych řekla, že jsem vlastně tak, jak jsem byla předtím, když jsem byla zdravá. Že...že nemám problém s tímhleto.

A dříve teda? Jste řikala, že na nějakým tom školení třeba...

No právě. Jako když mi ta deprese vlastně začínala, ještě jsem nevěděla, že teda vlastně jsem nějak nemocná, jo, tak jsem měla problém třeba tam vůbec zůstat, jo? Jenže já jsem nevěděla, co se mnou teda je, jo. A vim, že jsem tenkrát z toho byla úplně vyčerpáná, že jako jsem si řikala, proč...co já tady dělám, nebo...K čemu to je, nebo rozumíte jo, vůbec jsem nevydržela ani tam sedět, jo. Musela jsem se přemáhat, abych vůbec vydržela třeba na tom školení sedět, nebo tak. No ale předtím jako, než jsem byla nemocná, tak ne, s tím žádnéj problém nebyl. A teď taky...teď úplně...běžně.

A zas jak to, na čem to poznáte, že to teda tak náh s tím vůbec nemáte problém?

Nevím, myslím si, no.

Jako teď myslím na čem poznáte, že to soustředění pozornost dobře funguje...že to udržíte...

No protože třeba dovedu toho přednášejícího sledovat...i v souvislosti třeba s téma podkladama, který třeba dostanem...si to ověřovat a tak jako. Ale je zase pravda na druhou stranu třeba na tom školení jo, dobrý. Tam prostě tu pozornost dovedete si...prostě se soustředit. Ale je pravda, že se mi někdy stává, že...že mi některý věci, který jsem dřív vnímala, jo, periferně, že mi teď vůbec...že mi unikaj, jo? A to nevím jestli to je tou depresí, nebo taky věkem, nevím jo. Ale uvědomila jsem si někdy, že dřív jsem prostě stačila ještě sledovat třeba...eeh...podvědomě věci, i když jsem třeba s někým mluvila, tak jsem třeba viděla nebo vnímala, jak to třeba hodnotěj kolegyně...nebo tak. Ale teď někdy prostě úplně je vypnu a jenom se soustředím na toho člověka, jo. Je to už...už prostě to vědomí není tak obsáhlý, nebo nevím, jak bych to řekla.

Jo takže se zaměříte třeba jenom na to...

Zaměřím se vlastně...soustředím se jenom na tu jednu věc, jo. To ostatní už potom jako...nevnímám tak, jako jsem to vnímala dřív.

Hm. A to děláte jako vědomě, nebo...

...Takovej ten postřeh. Ne! Ne, to dělám...to jsem si uvědomila totiž. Jo, že dříve vlastně jsem vnímala třeba když jednáte s člověkem, jo, tak vnímáte vlastně i to ostatní, jak by se k tomu třeba postavili, nebo jak to hodnotěj, jestli třeba vám maj pomoci, nebo ne...tak dřív jsem to vnímala, ale teď jsem si uvědomila v některých těch, že to vůbec nevnímám, co by mi k tomu řekli. Že se jenom soustředím na to jedno.

Jo já jsem to možná úplně původně špatně pochopila, já jsem to předtím pochopila tak, že tam ty kolegyně třeba jsou a něco říkají vedle toho...

Ne vedle toho.

To není, že by tam reálně mluvili...

No i to můžou, jo...Protože třeba když mám jednání s nějakým člověkem...tak to probíhá...já sedím v kanceláři, kde seděj čtyři lidi, neboli ty samozřejmě většinou, i když chtěj anebo nechtěj to sledují a někdy se stane, je třeba problém. Většinou jednáte s tím člověkem, když je problém. No a když se ten problém řeší, tak vlastně vám i oni někdy můžou pomoci nebo řeknou a ještě tohleto a ještě tohleto. A já jsem si právě uvědomila, že dřív jsem třeba vnímala i když si to mezi sebou říkali, hele neměla by mu ještě k tomu říct tohleto, jo, a teď to třeba vůbec neto...nepostřehnou. Ještě jsem se chtěla zeptat, jak to vidíte časově? Mně totiž ve třičtvrtě jede autobus. Takže ve čtvrt na pět bych měla asi vyjet, jo?

Jo, jo, to určitě stihnem, spíš dřív...

Jo? Jo, tak jenom abychom byly obě už v reále.

Už se jako blížíme ke konci. Já jsem s tím počítala, že to...takže já si myslím, že tak ve čtyři pět maximálně bychom to měli stihnout.

Dobře, tak jo.

Tak zeptám se ještě, co se týče rychlosti reakcí...? Takové to psychomotorické tempo. To znamená jak rychlost reakcí třeba fyzických, jako motorických tedy, že třeba...ted' nevím, rychle něco vezmete, nebo tak, když je potřeba...Ale i těch psychických, to znamená si všimnout, že někde něco letí...jak se říká. Tak jak byste to tempo vaše zhodnotila zase ted'ko...

No, tak určitě je to jiný, než před tou depresí, že jo. Ale zase je právě otázka rozlišit, co byla deprese a co je stárnutí, že jo. Určitě jako nemám ty reakce, který jsem měla dřív, to si myslím, že ne. A nehledě na to, že u mě to souvisí i s tím, že třeba jsem byla s tou rukou špatná (dívá se na svou dlaň, kde má jizvu), že nemáte v té ruce třeba...já nevím, cit a tak jako. Takže mi třeba vadilo, když jsem přišívala knoflík, že vlastně tu jehlu pořádně nevezmu, jo. Ale to je asi jiná záležitost, že jo, to asi s tímhletem až tak nesouvisí.

No to je asi spíš spíš tělesná věc...

No, no, no. A...jedna věc teda byla...ta...

To motorický tempo...

To motorický, no. A potom?

Druhá byla to psychické, to znamená i třeba jak dlouho vám trvá, než si třeba něčeho všimnete, nějakýho podnětu...

Hm, hm...

Na ulici třeba, nebo v nějakém běžném životě.

No...víte co, já si myslím, že jsem dost jako vnímavá na takovýhle věci. Neuvědomuju si, jestli to je horší, nebo lepší po...Mě nenapadlo nikdy o tom přemýšlet. Nevím.

Hm, hm. Takže byla jste hodně vnímavá a ted' jste třeba taky?

Ne ted' asi jsem míň, jo. Asi nejsem až tak jako, že bych všechno postřehla, nebo tak, ale zase se myslím, že to je možná i tím věkem. Že už člověk není opravdu takovej čilej, nebo vnímavěj...hm.

Hm, hm. Takže to tempo většinou, někteří lidé jsou třeba takový pomalejší, rozvážnější a jiní takový rychlejší třeba, někdy až zbrklí, tak vy byste byla kde někde tady na té škále?

Spíš zbrklá.

Spíš zbrklá. A i ted' i dřív?

Já myslím, že i teď. Kdyby se někomu něco...nebo kdybych spatřila na ulici, že něco se děje, nebo tak, že někdo třeba potřebuje něco, tak že právě asi...bych prostě reagovala nebo...já nevím, jak bych to řekla...Myslím, že tohleto je stejný, no...Řekla bych, že je to stejný, no. Nemyslím si, že by se to zhoršilo.

Tak už se teda pomalu chýlíme ke konci, ještě se vás zeptám v krátkosti ke každé z těch funkcí...A nejdřív teda k té depresi obecně...že byste si představila takovou škálu od nuly do desítky, s tím že teda, co se týče té deprese, tak nula by byla okamžik, kdy byste byla jako v té depresi na tom nejhůř, nebo i náká třeba hypotetická jenom situace, kdy byste na tom podle vás byla nejhůř...a desítka okamžik, kdy už byste vůbec s tím neměla problémy, úplně byste se cítila zdravá. Kde byste byla teďko, na té škále?

No...vzhledem k tomu, že mám přecijenom trochu problém třeba...se spánkem, ale to zase souvisí s jinejma věcmi, protože právě po té operaci mám problém s močovým měchýřem, takže chodím třeba dvakrát třikrát za noc na toaletu, takže samozřejmě, že to ten spánek narušuje. No tak já bych řekla tak na tý devítce. Že úplně prostě stoprocentní nejsem, jo. Možná...osmička, devítka. Nemyslím si, že jsem v depresi, jako. Ale úplně, úplně že bych jako...byla úplně spokojená, nebo úplně stoprocentní, to nejsem, to nejsem. A vůbec teď já jsem právě měla docela, docela nápor na psychiku v souvislosti s tou operací. Teď jsem šest týdnů po operaci s tím karpálním tunelem...

Aha.

A takže...takže to bylo i před tou operací docela docela takový stresový, protože jsem si uvědomovala, že s tou rukou nebudu moct nic dělat. A pro mě to je hrozně takový...bejt na někom závislá, to mě docela deptá, jo. Takže to...docela, docela...proto možná spíš teď jsem tak na tý osmičce. S tou...osmička, devítka, no. S tou psychikou, no.

Vlivem tady těch...

Vlivem té okolnosti. Je pravda, že jakmile se právě vyskytne takovejhle nákej...eeh...problém nebo vim, že prostě mě čeká takováhle zátěž nějaká, tak že se to u mě projeví prostě takovou emoční labilitou. Že...jako brečím a...No prostě jsem taková nevyrovnaná, jo? Ale depresi myslím, že to ne.

Hm, hm. Tak zase teďko stejná škála a na tu paměť...Když by nula byla okamžik, kdy by ta paměť vůbec jako nefungovala nějak...a desítka...zase všechno bez problémů, pamatovala byste si, všechno by bylo jako úplně v pořádku. Tak kde byste byla teďko?

Mmh tak na tý sedmičce, osmičce, no.

Hm. A před tou depresí?

No...To bych řekla tak ta devítka. Já si myslím, že stoprocentní asi není nik...nebo já nevím, jak vy jste to brala jako, já si myslím, že stoprocentně si nepamatuje asi nikdo, jo.

Hm.

Nebo vy to myslíte takhle posuzovat?

Já bych to brala asi jako desítku, že si pamatujete, jakoby subjektivně byste nepociťovala žádný problém.

No, ano...Takhle. To jo! Tak klidně tu desítku. Před to, před tou depresí, jo?

Jo, jo.

Jestli to myslíte takhle, jo? Ani jsem si neuvědomovala, že bych měla nákej problém s pamětí. Ale možná to bylo tím, že člověk o tom nepřemýšlel. Prostě v tom běhu života jako většinou se nezamýšlíte a že každý má někdy, že si nemůže vzpomenout...Že to je víceméně normální.

To asi jo, no. Teď právě že jo, tam jde o to, jak to vlastně člověk vnímá, jestli to bere jako normální nebo...

...no, to je handicap, no.

...nebo jestli to už pociťuje jako náký ehký...třeba problém.

No.

Pak jsme měli...to učení. Schopnost se učit. Takže nula by byla, že by to vůbec nešlo, nemohla byste se vůbec nic naučit a desítka by bylo úplně bez problémů, cokoliv, co byste potřebovala, tak byste se naučila...

Hm, hm.

Tak zase, kde byste byla teďko?

No taky tak na tý osmičce. Osmičce...nevím jestli devítce, abych si moc neto...Tak na tý osmičce to nechám. Vzhledem k těm slovíčkům a k takovýmhle věcem, ale jinak si myslím, že tam problém nemám.

Hm, hm. A před tou depresí?

No...to bych řekla, že to bylo tak na tý desítce, docela klidně. To jsem neměla žádný problémy s učením náky.

Tak. S tou vůlí...když zase nula by byla vůbec byste se nemohla do ničeho přinutit, byl by pro vás problém jako cokoliv udělat takového, do čeho se vám nechce...a desítka úplně bez problémů, všechno by to fungovalo tak, jak byste si představovala, co se vůle týče.

Hm...Hm, taky tu osmičku. Tak asi...Jsou věci, do kterých se mi nechce a musím se nutit...nakonec se většinou teda přinutím, no. Tak taky tu...klidně tu osmičku.

Hm. A předtím zase, dříve?

No tak to bylo lepší, určitě! Ale taky to nebylo stoprocentní nikdy. Takže tu klidně tu devítku. Že tam to zhoršení si myslím, že není tak až hrozný.

Hm, hm. Tak to rozhodování...Takže zase nula by byla, když byste se vůbec nedokázala rozhodnout...a desítka, že byste tam nepociťovala absolutně žádné problémy...rozhodla byste se vždycky v té situaci, hned.

Hm. Tak to bych klidně dala tu sedmičku, možná. U toho rozhodování. Předtím třeba devítku...taky jako někdy...se člověk rozmýšlel, nebo tak, ale teď bych dala klidně tu sedmičku. To si myslím, že třeba v tomhle...eeh...jsem možná zmoudřela, nebo (smích) nevím. Jo takhle asi.

Jo. Takže vy jste říkala, že teď se vám některé ty závažné věci...že se vám rozhodují...

Líp vlastně. Protože si je rozmyslím a nejdu do toho impulsivně...No ale...no, to je...Vám šlo asi o jinou věc, že jo? Vám šlo o to, jestli se dovedu vůbec rozhodnout!

No, no, no. Takže tam je to...Takže vy jste si všimla, že vám to trvá déle, ale jakoby to zvažujete, není to tak impulsivní...

Tak. Není to tak impulsivní, no.

Hm. A poslední teda ta pozornost a soustředění. Nula by byla, kdy byste se vůbec teda nedokázala na nic soustředit a desítka, kdy byste teda nepociťovala žádné potíže s tím soustředěním...s pozorností.

Tak taky ta osmička, dejme tomu...No nebo...nevím...No taky, já si myslím, že nejsem na tom špatně s tou pozorností. Taky klidně ta sedmička, osmička, určitě. Jako stoprocentní to taky není, to...No a předtím si myslím, že...klidně těch sto procent, že...nebo já nevím...nebo devítka, nebo já nevím...

Ono se to těžko...

Ono se to, já už si to...ono se to těžko hodnotí právě jako, co bylo předtím, že jo. Protože opravdu člověk o sobě tak neuvažoval. Nebo...jo? Viděl se asi jinak, jo? Nebo prostě vás to ani nenapadlo.

Hm, hm. Ono je to spíš takový orientační, je mi jasný, že ty čísla jsou hodně jakoby...

Drsný.

...takový moc kvantitativní bych řekla na to, aby se to dalo náky...tyhle věci. Je to spíš takový orientační.

Hm.

Tak a poslední věc, na kterou bych se zeptala, jestli máte někoho třeba blízkého, kdo by s vámi byl jako hodně času by s vámi trávil a...je s vámi už delší dobu, to znamená i před tou depresí vás znal i teď vás zná...

Hm. Manžel.

Tak jestli třeba ten manžel u vás vnímal nějaké změny předtím, před tou depresí a po depresí...jednak a jednak jestli to zvláště potom nějaké změny v oblasti zase těch kognitivních funkcí.

No...(přemýšlí). To je to, že to souvisí právě s tou mojí povahou. Protože můj manžel je víceméně flegmatik, víceméně do všeho jsem ho vždycky musela dostrkat...víceméně jsem musela spolíhat vždycky sama na sebe a víceméně to bylo tak, že já jsem byla ten, kdo vždycky rozhodnul, jo? Takže...v okamžiku, kdy já jsem onemocněla tou depresí, tak že se...na tu dobu, co jsem byla nemocná, se ty role úplně obrátily. A já jsem byla ta pokorná, ta prostě uzavřená do sebe a on jako... „Co s tebou je? To nejseš vůbec ty! Ty, která jseš hnacím motorem naší rodiny! Ty která...“ jako prostě...v tu chvíli se ty role úplně obrátily. A naopak já jsem byla ta, která ho poslouchala, když...jako: „Tak pojd', ustroj se a jdeme ven!“ Jo, prostě věc nevídaná! (smích). No ale...eeh...potom, když už jsem se vlastně uzdravila, tak jsme jednou seděli na zahradě a já říkám: „No a ještě musíš udělat tamhle to a tamhle to...(smích) A děti, syn se na něj podíval a povídá mu: „Už je zase zdravá, vid'?“

(Smích) To je hezký, no.

Takže to je úplně jako klasika, no. Už je zase zdravá (smích).

Takže třeba to takhle...

Ne, takže si myslím, že jako...se to nezměnilo, že zase už je to tak, jako to bylo tenkrát, no tak jako zaplatpánbu. Nemyslim si, že na mně zpozoroval nějaký změny před depresí a po depresí. Možná jenom člověk si prošel opravdu tou depresí, to bylo peklo, to bylo nejhorší, co jsem v životě zažila. A kdybych nevěřila, tak asi...tady nebudu, protože já jsem se bála jít kolem provazu...Prostě...to byla opravdu beznaděj úplná. Takže v tomhleto směru si vždycky říkám, když něco je jako...ta operace, nebo něco, tak si vždycky říkám, ale co, vždyť nejhorší mám za sebou, protože ty tělesný bolesti, ty opravdu nejsou tak hrozný, jako ty psychický. A proto doufám, že tohleto někomu třeba pomůže (má v očích slzy) v té nemoci, no.

Asi člověk, kterej to nezažil si to vůbec nedokáže představit...

Nedokáže (plačtivě).

Informovaný souhlas s účastí na výzkumu v rámci diplomové práce

Vážená paní/vážený pane,

v rámci diplomové práce týkající se vlivu depresivního onemocnění na kognitivní funkce (paměť, učení, pozornost, rozhodování, vůle, psychomotorické tempo) v období remise (období bez klinických příznaků deprese) provádíme kvalitativní výzkum u jedinců trpících depresivním onemocněním. Výzkum spočívá v hloubkovém polostrukturovaném rozhovoru v trvání do jedné hodiny a v administraci testu MADRS. Výsledky vyšetření budou sloužit pouze k výzkumným účelům. Budou uvedeny v diplomové práci a později mohou být publikovány také v odborné literatuře. Publikace výsledků bude anonymní.

Z naší studie můžete kdykoliv odstoupit – jak v průběhu sběru dat, tak i po jejich sesbírání. Pokud budete mít zájem, budete se všemi výsledky seznámen/seznámena.

Výzkum kognitivních funkcí bude sloužit k lepšímu pochopení depresivního onemocnění a v případě potřeby k navržení rehabilitačních programů kognitivních funkcí.

Tereza Marčíková, studentka psychologie FFUK

S případnými dotazy se můžete obrátit na: mariteri@seznam.cz

„Souhlasím s účastí ve výzkumu a s následnou anonymní publikací výsledků vyšetření.“

.....
podpis

.....
místo, datum

KVALITATIVNÍ VÝZKUM – NÁVOD K ROZHOVORU

- Představení, vysvětlení účelu výzkumu, ujištění o anonymitě, souhlas s uveřejněním anonymních údajů v DP.
- Na úvod volné povídání o nemoci – zjistit diagnózu, kdy byla první epizoda, jak dlouho už deprese trvá, apod. Vysvětlit, že některé otázky budou těžké, ale budou mít čas nad nimi přemýšlet.

Nyní se Vás budu ptát na jednotlivé oblasti tzv. kognitivních funkcí (kam patří paměť, učení, atd.). Vždy budu chtít vědět, jak subjektivně danou funkci hodnotíte (například jak si dokážete zapamatovat věci) ve srovnání s obdobím před nástupem deprese.

1. Jak Vám dnes funguje paměť ve srovnání s obdobím před depresí? Je to stejné, lepší nebo horší? Pokud lepší nebo horší, v čem se to konkrétně projevuje? Pokud paměť horší - Můžete uvést nějakou častou situaci, kdy pociťujete potíže s pamětí?
2. Opět zkuste srovnat období před depresí a nyní – jak se Vám dnes učí nové věci v porovnání s obdobím před depresí? Dostáváte se nyní do situací, kdy se musíte něco naučit? (např. v práci, školení, jazyky...) Jak takové učení vypadá? Je něco, co Vám činí potíže?
3. Dostanete-li se do situace, kdy se musíte k něčemu přinutit – například přestat s nějakým zlovykem, začít s úkoly, do kterých se Vám nechce, apod. Je vaše vůle stejná, lepší, nebo horší než před depresí? V čem se to konkrétně projevuje?
4. Jak se chováte v situaci rozhodování? Dokážete se rozhodnout snadno, nebo Vám to činí potíže? Je to stejné, horší, nebo lepší než před depresí?
5. V situaci, kdy máte udržet pozornost, například v práci, školení, učení, apod. Daří se Vám to? Jak dlouho dokážete pozornost udržet? Je to stejné, lepší nebo horší než před depresí?
6. Můžete srovnat rychlost vašich reakcí před depresí a nyní? Jste na to stejně, nebo jste rychlejší či pomalejší? V čem se to projevuje?
7. Představte si někoho blízkého, kdo s Vámi tráví hodně času a zná Vás z období před depresí i nyní. Všiml si nějaké změny v oblastech, o kterých jsme se dnes bavili? Jaké?
8. Když byste si měl/a představit škálu od 0 do 10, kde 0 je ten okamžik vaší deprese, kdy jste se cítil/a nejhůře a 10 okamžik, kdy deprese zcela pomine a vy jste zdravý/á, kde se teď právě nacházíte? Jak dlouho už jste na tomto bodě? (subjektivní definování vlastního psychického stavu)
9. Stejná škála na všechny výše zmíněné kognitivní funkce

MADRS - přiložit dodatečně